

Poznań, dnia

**ZGODA
NA SAMODZIELNY POWRÓT**

Wyrażam zgodę i biorę pełną odpowiedzialność za samodzielny powrót/samodzielne przybycie

mojego dziecka
(imię i nazwisko dziecka)

do
(wskazać cel – np. Szkoła, dom....)

po badaniach psychologicznych/pedagogicznych/logopedycznych/terapii/innych zajęciach*

.....
(wypisać w przypadku innych zajęć)

w Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej nr w Poznaniu, dnia

.....
(podpis rodzica/opiekuna prawnego dziecka)

*niepotrzebne skreślić