

Poznań, dnia .....

## ZGODA NA SAMODZIELNE PRZYBYCIE / 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 6 w Poznaniu, dnia .....

**Informacje o przetwarzaniu danych osobowych w ZPPP2 w Poznaniu dostępne są na stronie internetowej [www.zppp2.pl](http://www.zppp2.pl) oraz dostępne są w pomieszczeniach ogólnodostępnych Poradni.**

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

\*niepotrzebne skreślić