**ZGODA / BRAK ZGODY**

**NA UDZIELENIE POMOCY PSYCHOLOGICZNO - PEDAGOGICZNEJ**

**PRZEZ SPECJALISTÓW ZATRUDNIONYCH W SZKOLE PODSTAWOWEJ W ŁĄCKU**

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody na udzielenie mojej córce / mojemu synowi

................................................................................. uczennicy / uczniowi oddziału ................. .

pomocy psychologiczno-pedagogicznej na terenie Szkoły w formie:

-konsultacji pedagogicznych,

-konsultacji psychologicznych,

w okresie od ......................................................... do ............................................................... .

………………………………………. ……………………………………..................

(Data) (Podpis rodzica/opiekuna prawnego)