…………………………………………… ……………………………

 Imię i nazwisko rodzica/ opiekuna miejscowość i data

**Zgoda na uczestnictwo w zajęciach w ramach pomocy psychologiczno- pedagogicznej**

Oświadczam, że wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody\* na udział w zajęciach dodatkowych mojego syna/córki

 ……………………………………… …………………………………………

imię i nazwisko dziecka

ucznia/uczennicy klasy …………………………….

w Zespole Szkół Nr 2 im. Wojciecha Korfantego w Jastrzębiu-Zdroju.

 Wskazane formy pomocy ustalone zostały na podstawie:

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

 (opinia, orzeczenie)

 …………………………………………………………

 Podpis rodziców/ opiekunów prawnych

\*Niepotrzebne skreślić