…………………………………………… ……………………………

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