

O Ś W I A D C Z E N I E

Imię i nazwisko dziecka.....

Data urodzenia dziecka.....

PESEL dziecka.....

Adres zamieszkania dziecka

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego

Telefon kontaktowy do rodzica/opiekuna prawnego.....

Wyrażam zgodę na samodzielne:

[] przybycie mojego dziecka na badanie do Niepublicznej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej Instytutu Wspomagania Rozwoju Dziecka w Gdańsku (ul. Malczewskiego 139),

[] powrót do domu po zakończeniu badania w Niepublicznej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej Instytutu Wspomagania Rozwoju Dziecka w Gdańsku (ul. Malczewskiego 139).

Jednocześnie oświadczam, iż biorę pełną odpowiedzialność za bezpieczeństwo mojego dziecka podczas samodzielnego dotarcia na badanie, a następnie powrotu do domu.

.....
(data i czytelny podpis rodzica/opiekuna ustawowego)