

Zielonka, dn.....

.....

/ imiona i nazwisko rodziców/

.....

/ telefon kontaktowy/

Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna
w Zielonce
ul. Inżynierska 1
05-220 Zielonka

Imię i nazwisko dziecka

data urodzenia miejsce

miejsce zamieszkania dziecka

szkoła

w kl.....

Wyrażam zgodę i proszę o przekazanie teczek mojego dziecka do Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej:

.....

.....

/powód przekazania teczek/

.....

czytelny podpis rodzica