

**Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna  
w Miechowie  
ul. Sienkiewicza 20  
32-200 Miechów**

Wyrażam zgodę:

1. Na objęcie pomocą psychologiczno-pedagogiczną mojego dziecka

.....  
(imię i nazwisko dziecka, PESEL)

w formie:

- badań psychologicznych, pedagogicznych, logopedycznych
- objęcia terapią psychologiczną, pedagogiczną, logopedyczną

2. Na kontakt osobisty lub telefoniczny z nauczycielami pracującymi z moim dzieckiem w szkole/w przedszkolu oraz innymi specjalistami, pod których opieką znajduje się moje dziecko w celu poszerzenia diagnozy i działań terapeutycznych.

***Zobowiązuje się (w razie choroby lub innego zdarzenia losowego) do wcześniejszego powiadomienia Poradni o nie zgłoszeniu się na ustalony termin. Trzy nieusprawiedliwione nieobecności na zajęciach Poradnia będzie mogła traktować jako rezygnację z opieki.***

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(czytelny podpis rodzica lub opiekuna prawnego)

- 
3. Upoważniam do uzyskania informacji o dziecku, informacji o terminach, opieki w czasie wizyt w Poradni, składanie i odbiór wszelkich dokumentów dotyczących mojego dziecka następującym osobom:

✓ .....  
(imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa)

✓ .....  
(imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa)

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(czytelny podpis rodzica lub opiekuna prawnego)