

Smolnica, dnia.....

**ZGODA NA OBJĘCIE UCZNIA POMOCĄ PSYCHOLOGICZNĄ
W SZKOLE PODSTAWOWEJ NR 1 IM. MŁODYCH TALENTÓW
W SMOLNICY**

Dyrektor
Szkoły Podstawowej Nr 1
im. Młodych Talentów w Smolnicy
Smolnica 20
74-400 Dębno

Wyrażam zgodę na udział w zajęciach specjalistycznych i wsparciu psychologa
szkolnego mojego syna/mojej córki.....
ucznia/uczennicy klasy.....Szkoły Podstawowej Nr 1 im. Młodych Talentów
w Smolnicy.

.....

(czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego)