Wyrażam zgodę, aby moje dziecko:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

(imię i nazwisko dziecka)

Samodzielnie wróciło do domu/szkoły, po badaniu psychologicznym/pedagogicznym w Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej Nr 1 w Warszawie ul. Złota 9 prowadzonym przez:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

(podać imię i nazwisko prowadzącego czynności diagnostyczne)

Data……………………….. …………………………………

podpis rodzica