

..... dn. ....

## **Zgoda na samodzielny powrót dziecka z Poradni do domu**

.....

(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)

.....

(adres zamieszkania dziecka)

.....

(numer telefonu)

Wyrażam zgodę na samodzielny powrót do domu mojego dziecka

.....

(imię i nazwisko dziecka)

po badaniu / terapii w Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Proszowicach

ul. Kolejowa 10, 32-100 Proszowice

w dniu .....

Oświadczam, iż ponoszę całkowitą odpowiedzialność za bezpieczeństwo dziecka w drodze z Poradni do domu.

.....

(podpis rodzica/opiekuna prawnego)

