

Sosnowiec, _____

**ZGODA RODZICÓW LUB OPIEKUNÓW PRAWNYCH NA OBJĘCIE DZIECKA POMOCĄ
PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNĄ W ROKU SZKOLNYM 2026/2027**

☐ Wyrażam zgodę

☐ nie wyrażam zgody

na udział mojego dziecka:

Imię i nazwisko dziecka:	
Grupa przedszkolna:	
Data urodzenia:	

w diagnozie oraz zajęciach specjalistycznych prowadzonych w Przedszkolu Miejskim nr 12 w Sosnowcu.

Rodzaj, forma (zajęcia indywidualne lub grupowe), specjalista prowadzący zajęcia, wymiar godzin oraz okres ich trwania zostanie ustalony indywidualnie.

Podpisy rodziców lub opiekunów prawnych:

