Włodawa, dnia ……………………………….

**ZGODA RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH/PEŁNOLETNIEGO UCZNIA**

Wyrażam zgodę na przekazanie Poradni psychologiczno-Pedagogicznej we Włodawie wniosku wraz z opinią dotyczącą charakteru trudności w uczeniu się

mojego syna/córki ………………………………………………………………………………………………………………..

ucznia …………………………………………………………………………………………………………………………………..

 ………………………………………………………………………

 Podpis rodzica/opiekuna prawnego/pełnoletniego ucznia