

**ZGODA RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH UCZNIĄ NIEPEŁNOLETNIEGO
NA KONSULTACJE UCZNIĄ Z PSYCHOLOGIEM SZKOLNYM**

Wyrażam zgodę na objęcie mojego dziecka
(imię i nazwisko ucznia)

wsparciem psychologicznym na terenie II Liceum Ogólnokształcącego im. ks. Jana
Twardowskiego w Dębicy.

.....
data i podpis rodzica/opiekuna prawnego

.....
data i podpis rodzica/opiekuna prawnego