
imię i nazwisko uczennicy/ucznia

Pesel

**Zgoda na kontakt z pedagogiem szkolnym/pedagogiem
specjalnym/psychologiem szkolnym/doradcą zawodowym**

Wyrażam zgodę na kontakt mojego dziecka z pedagogiem szkolnym, pedagogiem specjalnym, psychologiem szkolnym oraz doradcą zawodowym.

.....
*data i czytelny podpis (imię i nazwisko)
rodzica/ opiekuna prawnego*

.....
*data i czytelny podpis (imię i nazwisko)
rodzica/ opiekuna prawnego*

**W przypadku osób niepełnoletnich zgody sygnowane są podpisami obojga rodziców lub opiekunów prawnych*