**SZKOŁA PODSTAWOWA W CHARZYKOWACH**

**ROK SZKOLNY 2023/2024**

Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody \* na udzielenie pomocy psychologiczno-

pedagogicznej w formie terapii pedagogicznej na terenie szkoły mojemu

dziecku …………………………………………………………………………...

uczennicy/uczniowi \* klasy …………….. .

Termin zajęć

 …………………………………………………

 Podpis rodzica/opiekuna

\* niepotrzebne skreślić

**SZKOŁA PODSTAWOWA W CHARZYKOWACH**

**ROK SZKOLNY 2023/2024**

Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody \* na udzielenie pomocy psychologiczno-

pedagogicznej w formie terapii pedagogicznej na terenie szkoły mojemu

dziecku …………………………………………………………………………...

uczennicy/uczniowi \* klasy …………….. .

Termin zajęć

 …………………………………………………

 Podpis rodzica/opiekuna

\* niepotrzebne skreślić