

Załącznik nr 5

Warszawa, dnia.....

.....

.....

(imiona i nazwiska rodziców dziecka/opiekuna prawnego)

UPOWAŻNIENIE

do przekazywania/uzyskiwania* informacji na temat dziecka

Upoważniam panią/pana.....

pracownika Zespołu Poradni Psychologiczno-Pedagogicznych nr 1 w Warszawie przy ul. Zawiszy 13
do przekazywania/uzyskiwania* informacji o moim dziecku

imię i nazwisko dziecka.....

ur.

w zakresie.....

.....

Niniejsze upoważnienie jest ważne do dnia.....

.....

podpis/y rodzica/ów/ opiekuna prawnego

*właściwe podkreślić