

Warszawa, dn. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(nazwisko i imię rodzica/opiekuna)

\_\_\_\_\_  
(adres zamieszkania, telefon)

**Wyrażam zgodę na przeniesienie dokumentacji mojego dziecka:**

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_ data ur. \_\_\_\_\_

ucznia szkoły \_\_\_\_\_ klasy \_\_\_\_\_

z Zespołu Poradni Psychologiczno – Pedagogicznych nr 1

do Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej nr \_\_\_\_\_ mieszczącej się pod adresem

\_\_\_\_\_ w związku z badaniem dn. \_\_\_\_\_ .

\_\_\_\_\_  
(podpis rodzica/opiekuna)