## PORADNIA PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNA NR 2

01-197 Warszawa ul. Karolkowa 53A

……………………………….. Warszawa ………………………

 *Imię i nazwisko rodzica*

Wyrażam zgodę na samodzielny powrót mojego dziecka ………………………………..

z diagnozy psychologicznej/pedagogicznej w dniu ……………………………….……....

z Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej Nr 2.

 …………………………………….

 *podpis rodzica*