

Poradnia Psychologiczno - Pedagogiczna nr 16

04 - 393 Warszawa, ul. Siennicka 40

tel. 22 610 - 21 - 32

Warszawa dn. …………………………

………………………………………………………….

(imię i nazwisko rodzica)

………………………………………………………….

(adres zamieszkania dziecka)

………………………………………………………….

(numer telefonu rodzica)

**Wyrażam zgodę na samodzielny powrót do domu mojego syna/córki**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

(Imię i nazwisko dziecka)

po badaniu w Poradni Psychologiczno- Pedagogicznej nr 16 w dniu ………………………………………………………..

Oświadczam, iż ponoszę całkowitą odpowiedzialność za bezpieczeństwo dziecka w drodze z Poradni do domu.

…………………………………………………………………………

(podpis rodzica)