**OŚWIADCZENIE RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO**

**w związku z diagnozą stacjonarną przeprowadzoną**

**w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Koluszkach**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przeprowadzenie stacjonarnej diagnozy psychologiczno – pedagogicznej mojego dziecka/podopiecznego ……………………………………………………………………………….

(imię i nazwisko)

w czasie trwania epidemii COVID-19 na terenie Poradni Psychologiczno - Pedagogicznej w Koluszkach.

……………………………………… …………………………………………..
 data czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego