

Koszalin,

.....
Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego

.....
adres zamieszkania

Oświadczenie rodzica/opiekuna prawnego

Ja niżej podpisana/y oświadczam, że posiadam pełną władzę rodzicielską w stosunku do syna/córki/podopiecznego.

ur. W

Jednocześnie oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o objęciu syna/córki/podopiecznego opieką w Niepublicznej Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej Centrum Diagnostyczno Rehabilitacyjne Neuro – Thera – Med , oraz wyrażam na to zgodę.

.....
podpis rodzica/opiekuna prawnego/ pełnoletniego dziecka