

Wyrażenie zgody

Wyrażam zgodę na świadczenie usług dla mojego dziecka oraz samodzielny udział mojego dziecka

.....
w spotkaniach w ramach usług świadczonych przez Gabinet wsparcia psychologicznego i doradztwa
zawodowego Marek Świeściak Mr Psycholog.

Data i czytelny podpis Rodzica / Opiekuna prawnego

.....
Numer kontaktowy Rodzica / Opiekuna prawnego
(w razie konieczności przekazania ważnych informacji)

.....