………………………………….…………………

*(imię i nazwisko rodzica/prawnego opiekuna dziecka)*

**UPOWAŻNIENIE DO OPIEKI NAD DZIECKIEM**

Upoważniam p. *…………………………………………………………………………………………………*

*(imię i nazwisko osoby upoważnione*

legitymującego (cą) się dokumentem tożsamości …………………………………………………….

*(nazwa i numer dokumentu)*

do sprawowania opieki nad moim dzieckiem…………………………………………………………

*(imię i nazwisko dziecka)*

w czasie badań/zajęć w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej nr 22 w Warszawie,

ul. Malownicza 31, które odbędą się w dniu (dniach/w okresie) ……………………......................

Warszawa, dn……………………….. ……………………………………………………………

*(czytelny podpis rodzica/ prawnego opiekuna)*