………………………………….…………………

*(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)*