*………………………………………………………….*

*Imię i nazwisko rodzica/prawnego opiekuna*

**ZGODA NA SAMODZIELNY POWRÓT DZIECKA**

Wyrażam zgodę na samodzielny powrót mojego dziecka………………………………………………..

*(imię i nazwisko dziecka*)

do domu/szkoły\* po zakończeniu badań/zajęć w Poradni Psychologiczno Pedagogicznej nr 22   
w Warszawie, ul. Malownicza 31 prowadzonych w okresie\*\*……………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………..

Jednocześnie oświadczam, że jestem świadomy/a zagrożeń z tym związanych oraz, że Poradnia nie ponosi odpowiedzialności za dziecko podczas jego powrotu do domu/szkoły\*.

………………………….. …………………………………………………………….

*(data) (czytelny podpis rodzica/prawnego opiekuna dziecka)*

Uwaga!

\* Skreślić niewłaściwe.

\*\* Wpisać właściwą datę badania/zajęć jednorazowych lub inny okres trwania zajęć, które odbywają się cyklicznie w czasie roku szkolnego.