

**ZGODA RODZICA/PRAWNEGO OPIEKUNA/PEŁNOLETNIEGO UCZNIA
NA BADANIE W MIEJSKIEJ PORADNI PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNEJ
W OPOLU**

(imię i nazwisko dziecka)

Zapoznałem/am się i zrozumiałem/am zasady przyjęć, procedury sanitarne i diagnostyczne obowiązujące w Poradni w związku z epidemią COVID-19.

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody* na przeprowadzenie badania w warunkach reżimu sanitarnego.

**niepotrzebne skreślić*

Opole, dn. _____ 2020 r.

(czytelny podpis Rodzica/Prawnego Opiekuna/Pełnoletniego Ucznia)

**ZGODA RODZICA/PRAWNEGO OPIEKUNA/PEŁNOLETNIEGO UCZNIA
NA BADANIE W MIEJSKIEJ PORADNI PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNEJ
W OPOLU**

(imię i nazwisko dziecka)

Zapoznałem/am się i zrozumiałem/am zasady przyjęć, procedury sanitarne i diagnostyczne obowiązujące w Poradni w związku z epidemią COVID-19.

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody* na przeprowadzenie badania w warunkach reżimu sanitarnego.

**niepotrzebne skreślić*

Opole, dn. _____ 2020 r.

(czytelny podpis Rodzica/Prawnego Opiekuna/Pełnoletniego Ucznia)