Warszawa dn.………….

………………………………

imię i nazwisko rodzica / opiekuna

tel……………………………

# OŚWIADCZENIE

wizyta jednorazowa / zajęcia stałe\*

Wyrażam zgodę na samodzielny powrót do domu mojego dziecka

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

(imię i nazwisko dziecka / data ur.)

po wizycie u specjalisty ………………………………………., w dniu ……………………..

(imię i nazwisko specjalisty) (data spotkania)

Jednocześnie oświadczam, że jestem opiekunem prawnym i ponoszę pełną odpowiedzialność za bezpieczeństwo mojego dziecka podczas samodzielnego powrotu do domu po zakończonych zajęciach w Poradni Pedagogiczno–Psychologicznej nr 19 ul. Lokajskiego 3 w Warszawie.

data ........................... ...........................................................................

(czytelny podpis rodzica lub opiekuna)

\*właściwe podkreślić

W przypadku stałych zajęć należy wpisać np. poniedziałki godz. 16-17, w okresie od 15 grudnia 2021 do 15 lutego 2022