**POWIATOWA PORADNIA PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNA**

**W BIAŁYMSTOKU**

**ul. Słonimska 15/1, 15-028 Białystok, tel. 85 741 62 35, 518 974 432,**

**e-mail: kontakt@pppp.bialystok.pl**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ZGODA NA OBSERWACJĘ DZIECKA/UCZNIA**

Imię i nazwisko dziecka ……………………………………………………………………..

Data urodzenia dziecka ….………….……………………………………………………….

Nazwa szkoły/przedszkola …………………………………………………………………..

Wyrażam zgodę na :

 obserwację mojego dziecka przez specjalistę Powiatowej Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Białymstoku na terenie przedszkola/szkoły

 wgląd specjalisty Powiatowej Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Białymstoku do dokumentacji mojego dziecka znajdującej się na terenie przedszkola/szkoły

 konsultacje w sprawie mojego dziecka między specjalistą Powiatowej Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Białymstoku, a pracownikami przedszkola/szkoły

…………………………………………………………….

 (data i czytelny podpis rodziców/opiekunów prawnych )