

....., dnia .....

.....  
/imię i nazwisko opiekuna prawnego/

.....  
/adres zamieszkania/

.....  
/telefon kontaktowy/

## O Ś W I A D C Z E N I E

Niniejszym oświadczam, że wyrażam zgodę na wizyty mojego podopiecznego:.....,ur.....

w **Poradni Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży**, ul. Lipowa 5, 62-800 Kalisz.

Wyrażam zgodę na sprawowanie opieki i udział pracownika Specjalnego Ośrodka Wychowawczego im. św. Alojzego Orione, ul. Kościuszki 24, 62-800 Kalisz podczas wyznaczonych wizyt z moim podopiecznym przez ww. Poradnię.

Jednocześnie proszę o udzielanie pełnych informacji pracownikowi SOW o stanie zdrowia mojego podopiecznego.

.....  
data i czytelny podpis opiekuna prawnego