

....., dnia

.....
/imię i nazwisko rodzica/

.....
/adres zamieszkania/

.....
/telefon kontaktowy/

O Ś W I A D C Z E N I E

Niniejszym oświadczam, że wyrażam zgodę na wizyty mojego syna.....,
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 synem
przez ww. Poradnię.

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

.....
data i czytelny podpis rodzica