

..... (imię i nazwisko rodziców) (miejscowość i data)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(numer telefonu kontaktowego)

**Zgoda rodziców/ opiekunów prawnych na udział dziecka w terapii
w Sensomar Gabinet Wspierania Rozwoju Dziecka**

Wyrażamy zgodę na udział naszego dziecka
W terapii..... organizowanej w Sensomarze przy
ul Agrestowej 20/15, 55-093 Kiełczów. Oświadczam, że zapoznaliśmy się z regulaminem gabinetu
i zobowiązujemy się do przestrzegania zasad z niego wynikających.

.....

.....

(czytelny podpis rodzica/ opiekuna prawnego)

(czytelny podpis rodzica/ opiekuna prawnego)