

Załącznik nr 2

ZGODA NA KONSULTACJE ZE SPECJALISTAMI

Wyrażam zgodę na konsultacje i przeprowadzenie obserwacji mojego dziecka przez specjalistów pracujących w Niepublicznym Przedszkolu „Pod Kasztanami” w Zbylitowskiej Górze:

- pedagoga specjalnego*
- rehabilitanta*
- psychologa*
- neurologopedę*
- terapeutę integracji sensorycznej*
- terapeutę pedagogicznego *

*niepotrzebne skreślić

Miejscowość, data

.....

Podpis rodziców/opiekunów prawnych

.....