

Zgoda rodzica/prawnego opiekuna na udział dziecka w zajęciach terapeutycznych SI

Ja niżej podpisany wyrażam / nie wyrażam * zgody na udział mojego dziecka w zajęciach terapeutycznych SI w roku szkolnym 2024/2025 odbywających się w Przedszkolu nr 49 im. Tysiąclecia Miasta Wrocławia.

**niepotrzebne skreślić*

Imię i nazwisko dziecka:

Grupa:

.....

Podpis rodzica / prawnego opiekuna