Gostchorz, dnia ………………………..

**OŚWIADCZENIE**

 Ja, ………………………………………………………………………….., ur. …..…………..., PESEL /…………………………../,
 (imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)

zam. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………,
 (adres zamieszkania rodzica/opiekuna prawnego)

legitymująca/y się dowodem osobistym …..……………….………........... oświadczam, iż wyrażam zgodę na
 (seria i nr dowodu osobistego)

 przeprowadzenie badań w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej oraz Poradni Zdrowia

Psychicznego, z udziałem mojego syna/wychowanka\* ……….……………………………………………………,
 (imię i nazwisko nieletniego)

który aktualnie przebywa w Młodzieżowym Ośrodku Wychowawczym w Gostchorzy, w celach opiniotwórczych.

\*niepotrzebne skreślić

…………………………………………

 (podpis rodzica/opiekuna prawnego)