

Ja niżej podpisana/y (imię i nazwisko rodzica)

..... oświadczam, że jestem
pełnoprawnym rodzicem córki/syna (imię i nazwisko)

.....
ur. w

i wyrażam zgodę na odbycie konsultacji terapeutycznej mojego dziecka
prowadzonej przez p. Katarzynę Klimowicz.

czytelny podpis