

Warszawa , .....

Świadomi ryzyka bezpośredniego kontaktu dziecka z terapeutą w czasie epidemii COVID-19 wyrażamy zgodę na indywidualną terapię Integracji Sensorycznej mojego/naszego dziecka..... od 18.05.2020 r. prowadzoną na terenie Przedszkola z Oddziałami Integracyjnymi Nr185 w Warszawie.

**Warunkiem koniecznym** do rozpoczęcia terapii w wyżej wymienionym terminie jest podpis **obojga** rodziców/ opiekunów prawnych

.....  
(podpis matki / opiekuna prawnego)

.....  
( podpis ojca/ opiekuna prawnego)

Warszawa , .....

Świadomi ryzyka bezpośredniego kontaktu dziecka z terapeutą w czasie epidemii COVID-19 wyrażamy zgodę na indywidualną terapię Integracji Sensorycznej mojego/naszego dziecka..... od 18.05.2020 r. prowadzoną na terenie Przedszkola z Oddziałami Integracyjnymi Nr185 w Warszawie.

**Warunkiem koniecznym** do rozpoczęcia terapii w wyżej wymienionym terminie jest podpis **obojga** rodziców/ opiekunów prawnych.

.....  
(podpis matki / opiekuna prawnego)

.....  
( podpis ojca/ opiekuna prawnego)