

Warszawa ,

Świadomi ryzyka bezpośredniego kontaktu dziecka z terapeutą w czasie epidemii COVID-19 wyrażamy zgodę na indywidualne zajęcia z pedagogiem/ logopedą/ psychologiem mojego/ naszego dziecka od 1.09.2020 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 1.09.2020 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)