

.....
IMIĘ I NAZWISKO UCZNIĄ

.....
DATA

**ZGODA NA DZIAŁANIA DIAGNISTYCZNE WYCHOWAWCY,
PSYCHOLOGA I PEDAGOGA**

Wyrażam zgodę na udział w działaniach diagnostycznych za pomocą kwestionariuszy, realizowanych przez wychowawcę, pedagoga lub psychologa, mających na celu określenie posiadanych przez ucznia predyspozycji m.in. zakresie preferowanego stylu percepcji, typu temperamentu oraz predyspozycji związanych z dalszą edukacją.

Wyrażam zgodę na korzystanie z pomocy psychologiczno- pedagogicznej w sytuacji, gdy zaistnieje taka potrzeba lub w celu samorozwoju dziecka.

.....
podpis rodziców / opiekunów