Załącznik nr 1e do

Regulaminu Rekrutacji i objęcia wsparciem

Podlaskiego Centrum Konsultacyjno-Diagnostycznego
w Białymstoku

 …….…………………….………

 Miejscowość i data

………………………………………………………….

Imię i nazwisko

……………………………………………………………………..

 Adres, telefon

**Zgoda rodzica/opiekuna prawnego\***

 Jako rodzic/opiekun prawny\* …………………………………………………………………………... ur. …………………………,

 (imię i nazwisko dziecka),

umieszczonego w systemie pieczy zastępczej, wyrażam zgodę na objęcie wsparciem

mojego syna/ moją córkę/ mojego podopiecznego/ moją podopieczną\* przez Podlaskie Centrum Konsultacyjno-Diagnostyczne w Białymstoku.

 Oświadczam, że upoważniam …………………………………………………………………………………………………………

 (dane osoby/osób/instytucji)

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

do reprezentowania mojego dziecka/podopiecznego\* i pozyskiwania wszelkich informacji związanych ze wsparciem udzielanym przez Podlaskie Centrum Konsultacyjno-Diagnostyczne w Białymstoku.

 ………………………………………..

 Podpis rodzica/opiekuna prawnego

\*zaznaczyć właściwe