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