

I LICEUM OGÓLNOKSZTAŁCĄCE IM. ADAMA MICKIEWICZA
07—100 Węgrów, ul. Mickiewicza 3, tel./fax (25) 792-44-24, NIP: 8241275240
email: lo_weg@poczta.onet.pl www.lowegrow.aplus.pl

Węgrów, dnia

1.....

2.....

(imiona i nazwiska rodziców/opiekunów prawnych ucznia)

1.....

2.....

(numery telefonów)

Dyrektor

I Liceum Ogólnokształcącego

im. Adama Mickiewicza

w Węgrowie

Wyrażam/y zgodę - nie wyrażam/y zgody* na objęcie opieką psychologiczno-pedagogiczną przez pedagoga*, pedagoga specjalnego*, psychologa*

mojego dziecka

(imię i nazwisko dziecka)

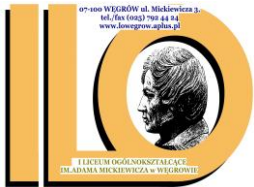
ucznia klasy w roku szkolnym 2024/2025.

.....

.....

czytelne podpisy obojga rodziców/opiekunów prawnych ucznia

*niepotrzebne skreślić



I LICEUM OGÓLNOKSZTAŁCĄCE IM. ADAMA MICKIEWICZA
07—100 Węgrów, ul. Mickiewicza 3, tel./fax (25) 792-44-24, NIP: 8241275240
email: lo_weg@poczta.onet.pl www.lowegrow.aplus.pl

Węgrów, dnia

1.....

2.....

(imiona i nazwiska rodziców/opiekunów prawnych ucznia)

1.....

2.....

(numery telefonów)

Dyrektor

I Liceum Ogólnokształcącego

im. Adama Mickiewicza

w Węgrowie

Wyrażam/y zgodę - nie wyrażam/y zgody* na objęcie opieką psychologiczno-pedagogiczną przez pedagoga*, pedagoga specjalnego*, psychologa*

mojego dziecka

(imię i nazwisko dziecka)

ucznia klasy w roku szkolnym 2024/2025.

.....

.....

czytelne podpisy obojga rodziców/opiekunów prawnych ucznia

*niepotrzebne skreślić