

**ZGODA RODZICA (OPIEKUNA PRAWNEGO) NA UDZIAŁ DZIECKA W ZAJĘCIACH W
RAMACH WAWERSKIEGO PROGRAMU WSPARCIA ZDROWIA PSYCHICZNEGO**

Wyrażam zgodę na udział córki/syna

(imię i nazwisko)

w zajęciach w ramach Wawerskiego Programu Wsparcia Zdrowia Psychicznego, prowadzonych przez

Panią Alicję Kuchar

Informacje nt. programu znajdą Państwo na stronie: <https://wawer.institutep.pl/>

.....

(podpis rodziców/opiekunów prawnych)