

Wojnów, dnia .....

### OŚWIADCZENIE

Ja, ....., ur. ...., PESEL /...../,  
(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)

zam. ....,  
(adres zamieszkania rodzica/opiekuna prawnego)

legitymująca/y się dowodem osobistym ..... oświadczam, iż wyrażam zgodę na  
(seria i nr dowodu osobistego)

przeprowadzenie badań w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej oraz Poradni Zdrowia

Psychicznego, z udziałem mojego syna/wychowanka\* .....  
(imię i nazwisko nieletniego)

który aktualnie przebywa w Młodzieżowym Ośrodku Wychowawczym w Wojnowie, w celach  
opiniotwórczych.

---

\*niepotrzebne skreślić

.....  
(podpis rodzica/opiekuna prawnego)