Warszawa, dn. …………………

……………………………………

*Imię i nazwisko rodzica*

**Oświadczenie**

Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody na przeprowadzenie diagnozy pedagogicznej mojego syna/córki

………………………………………………………………………………………………………………………

*imię i nazwisko dziecka*

na rok szkolny 2019/2020.

podpis:

……………………..………………………………………………………….

*Imię i nazwisko rodzica /opiekuna prawnego dziecka*