

.....  
(imię i nazwisko rodziców)

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(adres zamieszkania)

.....  
(telefon kontaktowy)

**Zgoda rodziców / opiekunów prawnych na udział w terapii w Sensoryczne  
Smyki Gabinet Terapii i Rozwoju Dziecka**

Wyrażamy zgodę na udział naszego dziecka ..... w  
terapii ..... organizowanej przez  
Sensoryczne Smyki Gabinet Terapii i Rozwoju Dziecka organizowanej przy ul. Lipowej 7 w  
Brzeziej Łące. Jednocześnie oświadczamy, że zapoznaliśmy się z regulaminem gabinetu i  
zobowiązujemy się do przestrzegania zasad które z niego wynikają.

.....  
(czytelny podpis rodzica)

.....  
(czytelny podpis rodzica)