**Zgoda na przekazanie dokumentów**

Wyrażam zgodę na przekazanie dokumentów

(imię i nazwisko dziecka)

data urodzenia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

uczennicy/ucznia SP nr

z Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej Nr 2 w Łodzi ul. Motylowa 3 do Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej Nr\_\_\_ ul.

Łódź, dnia

podpis rodzica, opiekuna

Podstawa prawna:   
Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych art. 7, pkt. 5