**Zgoda na samodzielne przyjście i/lub powrót z Poradni Psychologiczno -Pedagogicznej nr 2 w Łodzi.**\*właściwe podkreślić  
Wyrażam zgodę i biorę odpowiedzialność za \*przyjście/ powrót

imię i nazwisko dziecka

\*w dniu/dniach\* do/z PPP Nr 2.

podpis rodzica/ opiekuna prawnego

Łódź, dnia