



**SPECJALISTYCZNA PORADNIA PSYCHOLOGICZNO - PEDAGOGICZNA  
DLA DZIECI Z NIEPOWODZENIAMI EDUKACYJNYMI  
KRAKÓW**

**ul. ŚW. GERTRUDY 2**

**Tel. 12 422 43 83; 660 637 312**

**[pppddd@op.pl](mailto:pppddd@op.pl); [www.poradnia-psychologiczna.com](http://www.poradnia-psychologiczna.com)**

---

Wyrażam zgodę na samodzielny powrót do domu mojego dziecka

.....  
po terapii biofeedback odbywającej się w Poradni,

w roku szkolnym ..... od dnia.....

W tym czasie biorę całkowitą odpowiedzialność za jego życie i zdrowie.

.....  
Kraków, dnia

.....  
podpis opiekuna



**SPECJALISTYCZNA PORADNIA PSYCHOLOGICZNO - PEDAGOGICZNA  
DLA DZIECI Z NIEPOWODZENIAMI EDUKACYJNYMI  
KRAKÓW**

**ul. ŚW. GERTRUDY 2**

**Tel. 12 422 43 83; 660 637 312**

**[pppddd@op.pl](mailto:pppddd@op.pl); [www.poradnia-psychologiczna.com](http://www.poradnia-psychologiczna.com)**

---

Wyrażam zgodę na samodzielny powrót do domu mojego dziecka

.....  
po terapii biofeedback odbywającej się w Poradni,

w roku szkolnym ..... od dnia.....

W tym czasie biorę całkowitą odpowiedzialność za jego życie i zdrowie.

.....  
Kraków, dnia

.....  
podpis opiekuna