

Warszawa, dnia .....

.....  
Imię i nazwisko ucznia, klasa

.....  
Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego

## Zgoda rodzica/opiekuna prawnego/pełnoletniego ucznia na objęcie pomocą psychologiczno-pedagogiczną w roku szkolnym 2024/2025

Podstawa prawna: Rozporządzenie MEN z dnia 17 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno — pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz. U. z 2020 r. poz. 1280)

Wyrażam zgodę/ nie wyraża zgody\* na objęcie mojego dziecka/podopiecznego/mnie\* pomocą psychologiczno-pedagogiczną (wsparcie psychologa/pedagoga szkolnego, zajęcia z zakresu profilaktyki i doradztwa zawodowego) w CXXXVII Liceum Ogólnokształcącym z Oddziałami Dwujęzycznymi im. Roberta Schumana w Warszawie.

Rezygnacja z objęcia pomocą psychologiczno-pedagogiczną dziecka/podopiecznego wymaga formy pisemnej.

\* Właściwe podkreślić

---

podpis rodzica/opiekuna prawnego/ pełnoletniego ucznia