Załącznik nr 2

……………………………….. Kobylnica, dn. …………………….

Imię i nazwisko rodzica

………………………………..

telefon

**Zgoda rodzica na udział dziecka**

**w terapii integracji sensorycznej**

**w Szkole Podstawowej w Kobylnicy**

Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka …………………………………………….. ucznia/uczennicy klasy ………. w indywidualnych zajęciach z terapii integracji sensorycznej w roku szkolnym 2024/2025. Zajęcia odbywać się będą raz w tygodniu zgodnie
z harmonogramem pracy gabinetu. Wyrażam zgodę, aby terapeuta SI prowadził zajęcia zgodnie ze sztuką i potrzebami indywidualnymi mojego dziecka.

 …………………………………………………….

 czytelny podpis rodzica