

.....
Imię i nazwisko wnioskodawcy

Miejscowość, data

.....
Adres zamieszkania

.....

.....
Telefon kontaktowy

Dyrektor Poradni
Psychologiczno-Pedagogicznej
w Białogardzie

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY W CELU SKŁADANIA WNIOSKÓW
W PORADNI PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNEJ W BIAŁOGARDZIE
WOBEC DZIECKA W ROKU SZKOLNYM**

Imię i nazwisko
(mojego dziecka/ podopiecznego)*

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data i miejsce urodzenia:

Adres zamieszkania:.....

Nazwa i adres przedszkola, szkoły lub placówki:

.....

Klasa, oddział, grupa wychowawcza:

Oświadczam, że zgodnie z 94. §1. USTAWY z dnia 25 lutego 1964r. Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego (Dz. U. 1964 Nr 9 poz. 59):

- mam pełną zdolność do czynności prawnych wobec w/w dziecka*,
- ojciec*/matka* dziecka został*/została* pozbawiony*/pozbawiona* władzy rodzicielskiej wobec w/w dziecka,
- ojcu*/matce* dziecka została zawieszona władza rodzicielska wobec w/w dziecka.
- ojciec*/matka* dziecka ma ograniczoną władzę rodzicielską wobec w/w dziecka,

Oświadczam, że jestem uprawniony/a do reprezentowania dziecka i działam w porozumieniu z ojcem/ matką w/w dziecka co oznacza, iż matka* ojciec* dziecka nie wnosi sprzeciwu w decydowaniu o istotnych sprawach dziecka w Poradni (składanie stosownych wniosków).

.....
(podpis rodzica/opiekuna prawnego*)

*właściwe podkreślić