

МИНИСТЕРСТВО НА ОБРАЗОВАНИЕТО И НАУКАТА



СУ «Георги Измирлиев»

адрес: гр. Горна Оряховица, ул. «Ангел Кънчев» 17
тел: директор - 0618/6 02 64; канцелария - 0618/6 02 66
e-mail: gim17@abv.bg, web: http://sou_gizmirliev.jlsoft.eu

РОДИТЕЛСКО СЪГЛАСИЕ
за индивидуално консултиране на ученик

Долуподписаният/та

.....

(трите имена)

Адрес, тел.:

в качеството си на родител (настойник) на:

.....

(трите имена)

от клас при СУ „Георги Измирлиев“ съм съгласен детето ми да посещава индивидуални консултации при училищен психолог.

Декларирам, че съм съгласен да се използват лични данни на детето ми при необходимост в процеса на Вашата работа.

Дата:

Подпис: