

Ja rodzic/opiekun prawny
mojej córki/mojego syna,
zezwalam na jej/jego uczestniczenie w zajęciach edukacji seksualnej, trwających
sześćdziesiąt minut, dwa razy w miesiącu w Gabinetce Pomocy Psychologicznej „Empatia”
i zgadzam się na opłatę za każde spotkanie, kwoty zgodnej z obowiązującym cennikiem,
dostępnym na stronie internetowej.

Data

Podpis rodzica/opiekuna prawnego