

## Szülői nyilatkozat

Alulírott ..... (szülők/szülő)  
hozzájárulunk / hozzájárulok, hogy .....  
nevű gyermekünk / gyermekem pszichológiai foglalkozáson részt vegyen  
Csúry Angéla szakembernél.

Gyermek személyes adatai: .....

Születési helye, ideje: .....

Édesanya neve: .....

Édesapa neve: .....

Gondviselő: .....

Lakcíme: .....

Jelen hozzájárulás megadása tekintetében nyilatkozunk / nyilatkozom, hogy  
a gyermek feletti szülői felügyeleti jogot közösen gyakoroljuk / egyedül  
gyakorlom. (megfelelő rész aláhúzandó)

Dátum: .....

.....  
Szülő, gondviselő aláírása

.....  
Szülő, gondviselő aláírása

