



Nazwisko i imię ucznia:

nazwisko:

pierwsze imię:

drugie imię:

PROFILAKTYKA

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody* na informowanie nas – rodziców/prawnych opiekunów* o podejrzeniach dotyczących podejmowania przez moją córkę/ mojego syna* zachowań ryzykownych (m.in. kontakt z substancjami psychoaktywnymi).

Czytelny podpis rodziców/prawnych opiekunów:

Tychy, dnia 2024 r.

**niepotrzebne skreślić*