**Tėvų (globėjų, rūpintojų) sutikimas**

**dėl vaiko psichologinio konsultavimo**

|  |
| --- |
|  |

Aš, sutinku,

 *(įrašykite savo vardą, pavardę)*

|  |
| --- |
|  |

kad mano sūnus/dukra

 *(pabraukti) (įrašykite savo vaiko vardą, pavardę)*

būtų konsultuojamas(-a) ir/ar tiriamas(-a) Vilniaus kunigaikščio Gedimino progimnazijoje, naudojant psichologinio konsultavimo ir įvertinimo metodikas.

Tėvų (globėjų, rūpintojų) kontaktiniai duomenys\*:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kontaktiniai duomenys** | **Tėvas (globėjas / rūpintojas)** | **Mama (globėja / rūpintoja)** |
| Telefono numeris |  |  |
| El. paštas |  |  |

*\* gali būti teikiami tik sutikimą pateikusio asmens kontaktiniai duomenys*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

 *(parašas) (vardas, pavardė)*