

Formularz zgody

Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka
(imię i nazwisko dziecka)

w programie SOS realizowanym w szkole **XXXIX L.O** oraz w badaniach ankietowych związanych z jego realizacją. Badania będą realizowane przez Pracownię Profilaktyki Młodzieżowej „Pro-M” Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.

.....
data

.....
podpis rodzica/opiekuna

Formularz braku zgody

Nie wyrażam zgody na udział mojego dziecka
(imię i nazwisko dziecka)

w programie SOS realizowanym w szkole **XXXIX L.O** oraz w badaniach ankietowych związanych z jego realizacją. Badania będą realizowane przez Pracownię Profilaktyki Młodzieżowej „Pro-M” Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.

.....
data

.....
podpis rodzica/opiekuna