**Nyilatkozat**

Alulírott (szülő neve)

(szül.hely,idő) (lakcím)

hozzájárulok, hogy a Gyulai Dürer Albert Általános Iskola Bay Zoltán Általános Iskola Tagintézményében tanuló (gyermek neve) sajátos nevelési igényű gyermekem, a szakértői bizottság által javasolt rehabilitációs óráit a békési Dr. Illyés Sándor EGYMI által alkalmazott utazó gyógypedagógus lássa el.

Hozzájárulok, hogy az intézmény, mellyel gyermekem tanulói jogviszonyban áll, az ellátás érdekében adatokat adjon át a békési Dr. Illyés Sándor EGYMI-nek.

Gyula, 2020.09.01.

 szülő aláírása