



**CABINET ȘCOLAR DE ASISTENȚĂ PSIHOPEDAGOGICĂ  
ȘCOALA GIMNAZIALĂ NR.4 BISTRIȚA**

Profesor consilier școlar

**CIHĂREAN IULIA**

**ACORDUL PĂRINTELUI PENTRU CONSILIERE**

Subsemnatul (a) \_\_\_\_\_, în calitate de părinte al preșcolarului/elevului \_\_\_\_\_, din grupa/clasa \_\_\_\_\_, sunt de acord/ nu sunt de acord ca fiul/fiica mea să beneficieze de serviciile oferite de cabinetul de asistență psihopedagogică, pe durata întregului ciclu de școlarizare.

Data

Semnătura