

..... , dnia.....

**Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badań przesiewowych
psychologiczno – logopedycznych
przez pracowników Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Warce**

mojego dziecka

imię i nazwisko

data i miejsce urodzeniaPESEL.....

adres domowy.....nr telefonu.....

imiona rodziców/opiekunów.....

szkoła..... klasa.....

nazwisko wychowawcy.....

czy uczeń był badany w poradni?

czy uczeń powtarzał klasę?.....

Wyrażam zgodę na poinformowanie szkoły/przedszkola o wynikach badań przesiewowych mojego dziecka.

TAK / NIE

Wyrażam zgodę na zbieranie i przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka w celu realizacji zadań diagnostyczno – terapeutycznych przez Poradnię Psychologiczno – Pedagogiczną w Warce.

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis rodzica/prawnych opiekunów

..... , dnia.....

**Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badań przesiewowych
psychologiczno – logopedycznych
przez pracowników Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Warce**

mojego dziecka

imię i nazwisko

data i miejsce urodzeniaPESEL.....

adres domowy.....nr telefonu.....

imiona rodziców/opiekunów.....

szkoła..... klasa.....

nazwisko wychowawcy.....

czy uczeń był badany w poradni?.....

czy uczeń powtarzał klasę?.....

Wyrażam zgodę na poinformowanie szkoły/przedszkola o wynikach badań przesiewowych mojego dziecka.

TAK / NIE

Wyrażam zgodę na zbieranie i przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka w celu realizacji zadań diagnostyczno – terapeutycznych przez Poradnię Psychologiczno – Pedagogiczną w Warce.

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis rodzica/prawnych opiekunów

..... , dnia.....

**Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badań przesiewowych
słuchu / wzroku
przez pracownika Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Warce**

mojego dziecka

imię i nazwisko

data i miejsce urodzeniaPESEL.....

adres domowy.....nr telefonu.....

imiona rodziców/opiekunów.....

szkoła..... klasa.....

nazwisko wychowawcy.....

czy uczeń był badany w poradni?

czy uczeń powtarzał klasę?.....

Wyrażam zgodę na poinformowanie szkoły/przedszkola o wynikach badań przesiewowych mojego dziecka.

TAK / NIE

Wyrażam zgodę na zbieranie i przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka w celu realizacji zadań diagnostyczno – terapeutycznych przez Poradnię Psychologiczno – Pedagogiczną w Warce.

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis rodzica/prawnych opiekunów

..... , dnia.....

**Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badań przesiewowych
słuchu / wzroku
przez pracownika Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Warce**

mojego dziecka

imię i nazwisko

data i miejsce urodzeniaPESEL.....

adres domowy.....nr telefonu.....

imiona rodziców/opiekunów.....

szkoła..... klasa.....

nazwisko wychowawcy.....

czy uczeń był badany w poradni?.....

czy uczeń powtarzał klasę?.....

Wyrażam zgodę na poinformowanie szkoły/przedszkola o wynikach badań przesiewowych mojego dziecka.

TAK / NIE

Wyrażam zgodę na zbieranie i przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka w celu realizacji zadań diagnostyczno – terapeutycznych przez Poradnię Psychologiczno – Pedagogiczną w Warce.

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis rodzica/prawnych opiekunów