

Wyrażam zgodę na przesiewowe badanie logopedyczne mojego dziecka:

.....  
( nazwisko, imiona dziecka)

.....  
(data i miejsce urodzenia)

.....  
(imiona rodziców/ opiekunów)

.....  
(adres zamieszkania)

przez logopedę Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Trzebini oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celach ewidencyjnych przez w/w poradnię.

.....  
(data, podpis rodzica/ opiekuna)

Sposób przekazania wyników badania \*:

-Wyniki odbiorę w placówce przedszkolnej

-Wyniki odbiorę osobiście w Poradni - Psychologiczno – Pedagogicznej w Trzebini.

.....  
(podpis rodzica/ opiekuna)

**\* właściwe podkreślić**