



Zgoda na badania przesiewowe Widzę – Słyszę – Mówię

.....
imię i nazwisko dziecka

.....
PESEL

.....
data i miejsce urodzenia

.....
klasa

.....
szkoła (przedszkole)

.....
imiona i nazwiska rodziców/prawnych opiekunów

.....
telefon

.....
adres zamieszkania

Wyrażam zgodę na wykonanie badań przesiewowych mojego dziecka.

Proszę o wydanie informacji – opinii z wykonanych badań.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w systemach informatycznych Poradni.

Przysługuje mi prawo wglądu oraz poprawienia moich danych osobowych.

(Ustawa z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych – Dz. U. z 2016 r. poz. 922 z późn. zm.)

.....
data podpis rodzica prawnego opiekuna