

Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Międzyrzeczu
Tel. 957429510, 504057487 e-mail: poradnia@poczta.fm

Zgoda na badania przesiewowe
Widzę – Słyszę - Mówię

Imię i nazwisko dziecka

Data i miejsce urodzenia PESEL

Uczeń klasy Szkoły (przedszkola)

Imiona i nazwiska rodziców (prawnych opiekunów)

Adres zamieszkania

Telefon

Wyrażam zgodę na wykonanie badań przesiewowych mojego dziecka. Proszę o wydanie informacji – opinii z wykonanych badań.

.....
Data

.....
Podpis rodzica(-ów), prawnego opiekuna

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. Nr 133 poz. 833 z późn. zm.)