ZGODA NA LOGOPEDYCZNE BADANIA PRZESIEWOWE

Wyrażam zgodę na przesiewowe badanie logopedyczne mojego dziecka:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

(nazwisko i imiona dziecka)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

(data i miejsce urodzenia)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

(imiona, nazwisko rodziców/opiekunów)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

(adres zamieszkania)

Przez logopedę w Przedszkolu 435 w Warszawie oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celach ewidencyjnych przez w/w przedszkole.

…………….……………………………………………………….

(data, podpis rodzica/opiekuna, nr telefonu)