

**Zgoda na badanie przesiewowe - logopedyczne**

Wyrażam/ nie wyrażam zgodę(y) na badanie przesiewowe logopedyczne

mojego dziecka.....

Badanie przeprowadzone będzie w szkole/ przedszkolu przez logopedę Szkoły Podstawowej nr 5 im. Księcia Mazowieckiego Siemowita IV

w Gostyninie.

Wyrażam/ nie wyrażam zgodę(y) na udostępnienie i rozmowę z nauczycielem na temat wyników z przeprowadzonego badania logopedycznego.

- Niepotrzebne skreślić

.....

Data, podpis rodzica/ prawnego opiekuna

**Zgoda na badanie przesiewowe - logopedyczne**

Wyrażam/ nie wyrażam zgodę(y) na badanie przesiewowe logopedyczne

mojego dziecka.....

Badanie przeprowadzone będzie w szkole/ przedszkolu przez logopedę Szkoły Podstawowej nr 5 im. Księcia Mazowieckiego Siemowita IV

w Gostyninie.

Wyrażam/ nie wyrażam zgodę(y) na udostępnienie i rozmowę z nauczycielem na temat wyników z przeprowadzonego badania logopedycznego.

- Niepotrzebne skreślić

.....

Data, podpis rodzica/ prawnego opiekuna