

ZGODA RODZICÓW/ OPIEKUNÓW PRAWNYCH

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

.....
(nr i seria dowodu osobistego)

Wyrażam zgodę na uczestnictwo mojego dziecka w spotkaniach ze specjalistą Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej nr 3 w Olsztynie, odbywających się w

....., których celem jest:
(pełna nazwa placówki)

- 1) Przesiewowe badanie mowy
- 2) Przesiewowe badanie słuchu
- 3)
- 4)

Zostałem (-łam) poinformowany (-a) o tym, że osoby prowadzące zajęcia odpowiadają za dziecko wyłącznie podczas trwania zajęć/badania.

Imię i nazwisko dziecka

Data urodzenia W

PESEL

Adres zamieszkania

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych naszego dziecka wyłącznie dla celów Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej nr 3 w Olsztynie (zgodnie z ustawą z dn. 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych Dz. U. nr 133, poz. 883).

.....
data

.....
podpis rodzica/rodziców/opiekunów prawnych/opiekuna prawnego

Oświadczam, że niniejszą zgodę składam i podpisuję* (*podkreślić właściwe)

- w imieniu obojga rodziców/opiekunów prawnych
- jako rodzic samotnie wychowujący dziecko
- jako opiekun prawny