**ARKUSZ ZGODY RODZICA NA PRZEPROWADZENIE BADANIA PRZESIEWOWEGO**

**WYRAŻAM ZGODĘ / NIE WYRAŻAM ZGODY\***

na udział mojego dziecka \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

w przesiewowych badaniach logopedycznych na terenie placówki.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z Ustawą Ochronie Danych Osobowych art. 23 u w zakresie koniecznym do udzielenia pomocy logopedycznej.

\* podkreślić właściwe



**data urodzenia dziecka**

**Imiona i Nazwiska Rodziców / Opiekunów**

**data, podpis Rodzica**

**telefon kontaktowy**

**adres mailowy**