

ZGŁOSZENIE DZIECKA PRZEDSZKOLNEGO NA BADANIA PROFILAKTYCZNE PRZESIEWOWE

Wnioskuję o przeprowadzenie badania profilaktycznego przesiewowego mojego dziecka dotyczącego: (wybrać właściwe)

- ☐ określenia poziomu gotowości szkolnej
- ☐ badania logopedycznego
- ☐ komputerowego badania narządów zmysłów „widzę”
- ☐ komputerowego badania narządów zmysłów „słyszę”
- ☐ komputerowego badania narządów zmysłów „mówię”

1. Imię i nazwisko dziecka:

2. Data urodzenia dziecka:

3. Nazwa przedszkola lub oddziału przedszkolnego:

.....

.....
Data

.....
Podpis rodzica / prawnego opiekuna

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dziecka przez pracowników Zespołu Poradni Psychologiczno-Pedagogicznych w Bielsku-Białej, zawartych w zgłoszeniu w celu przeprowadzenia badań przesiewowych.

.....
Podpis rodzica / prawnego opiekuna

Wyrażam zgodę – nie wyrażam zgody na ujawnienie wyników badań pracownikom pedagogicznym szkoły/placówki, do której uczęszcza moje dziecko/pełnoletni uczeń.*

.....
Podpis rodzica / prawnego opiekuna

* zaznacz wybraną możliwość