

**ZGŁOSZENIE DZIECKA
NA BADANIA PROFILAKTYCZNE PRZESIEWOWE
Z ZAKRESU INTEGRACJI SENSORYCZNEJ**

Wnioskuje o przeprowadzenie badania profilaktycznego przesiewowego mojego dziecka z zakresu integracji sensorycznej.

1. Imię i nazwisko dziecka:

2. Data urodzenia dziecka:

3. Nazwa szkoły i klasa / 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