

ZGŁOSZENIE DZIECKA SZKOLNEGO NA BADANIA PROFILAKTYCZNE PRZESIEWOWE

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

- ☐ ryzyka dysleksji rozwojowej
- ☐ badania pod kątem zdolności i zainteresowań
- ☐ komputerowego badania narządów zmysłów „widzę”
- ☐ komputerowego badania narządów zmysłów „słyszę”

1. Imię i nazwisko dziecka:

2. Data urodzenia dziecka:

3. Nazwa szkoły i klasa :

.....

.....

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/ppełnoletni uczeń.*

.....

Podpis rodzica / prawnego opiekuna

* zaznacz wybraną możliwość