

Oświadczenie dotyczące zgody na udział dziecka w badaniach przesiewowych/zajęciach

Imię i nazwisko dziecka

Ja niżej podpisany:

	Tak/Nie
Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w zajęciach logopedycznych.	
Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w zajęciach z psychologiem.	
Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w zajęciach integracji sensorycznej	
Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w zajęciach terapii pedagogicznej.	

.....

Data

.....

Podpis matki/opiekuna prawnego

.....

Podpis ojca/opiekuna prawnego

Wyrażam zgodę na obserwację / objęcie pomocą psychologiczną mojego dziecka

.....

Przez psychologa z Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej nr 19, ul. E. Lokajskiego 3

.....
Podpis matki/opiekuna prawnego

.....
Podpis ojca/opiekuna prawnego