

.....
(miejscowość, data)

ZGODA RODZICA/PRAWNEGO OPIEKUNA

na przesiewowe badanie logopedyczne

Wyrażam zgodę na przesiewowe badanie logopedyczne mojego dziecka:

.....
(imię i nazwisko)

.....
(data i miejsce urodzenia dziecka)

.....
(klasa)

pod kątem diagnozy wad wymowy przeprowadzone na terenie

(nazwa szkoły)

przez logopedę szkolnego

(imię i nazwisko logopedy)

.....
(czytelny podpis rodzica)

.....
(miejscowość, data)

ZGODA RODZICA/PRAWNEGO OPIEKUNA

na przesiewowe badanie logopedyczne

Wyrażam zgodę na przesiewowe badanie logopedyczne mojego dziecka:

.....
(imię i nazwisko)

.....
(data i miejsce urodzenia dziecka)

.....
(klasa)

pod kątem diagnozy wad wymowy przeprowadzone na terenie

(nazwa szkoły)

we wrześniu/październiku 2025 r. przez logopedę szkolnego

(imię i nazwisko logopedy)

.....
(czytelny podpis rodzica)