

KARTA ZGŁOSZENIA DZIECKA NA BADANIE LOGOPEDYCZNE*/PROGRAMEM WIDZĘ* /PROGRAMEM SŁYSZĘ* W PLACÓWCE

Imię i nazwisko dziecka.....

Data i miejsce urodzenia.....

Pesel:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres.....

Tel.

Przedszkole /szkoła (adres) grupa / klasa.....

Wyrażam zgodę na badanie logopedyczne* / programem widzę, programem słyszę/ mojego dziecka..... oraz na udostępnienie wyników badań nauczycielowi.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie powyższych danych osobowych w ramach działalności statutowej PP-P w Białogardzie na podstawie Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (TZ.U.U.E.L2016.119.1 z dnia 2016.05.04)

.....
Data

.....
Podpis rodzica/prawnego opiekuna

*właściwie podkreślić

Wypełnia Poradnia

Dokumentacja Poradni:

Dniazostało przeprowadzone przesiewowe badanie logopedyczne* / programem widzę, programem słyszę/ dziecka

Badanie wykazało:

.....
.....
.....

.....
podpis badającego

Dniazostała udzielona porada po logopedycznym*/ programem widzę, programem słyszę/ badaniu przesiewowym dziecka.

Zalecono w rozmowie postdiagnostycznej.....
.....

.....
podpis rodzica/opiekuna prawnego