

**Zgłoszenie na badanie przesiewowe**  
**prowadzone przez specjalistów**  
**Miejskiej Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Krośnie:**  
**psychologa, pedagoga, logopedę, rehabilitanta.**

- psychologiczno – pedagogiczne\*
- logopedyczne\*
- wad postawy\*

**Imię i nazwisko dziecka**.....

PESEL ..... Data i miejsce urodzenia .....

Adres zamieszkania.....

Nazwa przedszkola/szkoły/placówki, do której uczęszcza dziecko:

.....

Imiona i nazwiska rodziców/prawnych opiekunów:

.....

Telefony kontaktowe.....

Dziecko znajduje się w grupie wiekowej:

- realizuje obowiązkowe roczne przygotowanie przedszkolne
- klasy I-III SP

- **Wyrażam zgodę /nie wyrażam zgody\* na przekazanie wyników badań do wychowawcy grupy/klasy.**
- **Proszę o konsultację w sprawie wyników badań z psychologiem/pedagogiem, logopedą, rehabilitantem - /w ustalonym terminie/.**

*Wyrażam zgodę na przetwarzania danych osobowych zgodnie z art.23 ust.1 pkt 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r., poz.922) dla potrzeb Miejskiej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Krośnie.*

*Oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym dziecka i podpisując niniejszy wniosek reprezentuję zgodną wolę obojga rodziców.*

.....  
podpis rodziców/prawnych opiekunów

**\*właściwe podkreślić**