

.....
(imię i nazwisko Rodzica)

Skawina, dnia

O Ś W I A D C Z E N I E

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania psychologiczno-pedagogiczno-logopedycznego mojego dziecka przez specjalistów zatrudnionych w Specjalistycznej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Skawinie

.....
(imię i nazwisko dziecka)

ur. w PESEL:

.....
(podpis Rodzica)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka dla potrzeb archiwizacji dokumentacji Poradni oraz kontroli jej działalności przez instytucje do tego powołane, zgodnie z Ustawą z dn. 29.08.1997r. o Ochronie Danych Osobowych, Dz. U. Nr 133 poz. 883.

.....
(podpis Rodzica)