

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.

- Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Białogardzie, ul. Dworcowa 2, 78-200 Białogard, adres e-mail: sekretariat@ppp.powiat-bialogard.pl, tel. 94 312 25 96;
- Pełna treść informacji o przetwarzaniu danych osobowych znajduje się na stronie www.ppp.powiat-bialogard.pl w zakładce RODO

.....
Data

.....
Podpis rodzica/prawnego opiekuna*

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*

*właściwe podkreślić