

Poradnia Psychologiczno – Pedagogiczna

95 – 035 Ozorków, ul. Romualda Traugutta 1, tel. /fax 718 - 93 - 54

Ozorków, dnia

.....
(imię i nazwisko rodzica / opiekuna)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(numer telefonu)

.....
(pesel dziecka)

Wyrażam zgodę na wykonanie badań:

psychologicznych, pedagogicznych, logopedycznych

.....
(właściwe podkreślić)

mojemu dziecku
(imię i nazwisko dziecka, data i miejsce urodzenia)

.....
(nazwa i adres szkoły, klasa)

.....
Zapoznałam / Zapoznałem się z treścią klauzuli informacyjnej zgodnie z art. 13 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 (4.5.2016 L 119 / 38 Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej PL)

.....
(podpis rodzica / opiekuna)