

**ZGODA NA BADANIE PRZESIEWOWE  
I WYDANIE INFORMACJI O WYNIKACH BADAŃ**

**1. Dane osobowe dziecka:**

Imię i nazwisko .....

Data urodzenia.....

Miejsce urodzenia .....

PESEL .....

Adres zamieszkania .....

Szkoła ..... klasa.....

**2. Nazwiska i imiona rodziców/opiekunów prawnych**

.....

Telefon kontaktowy .....

- ✓ **Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody** – na informowanie szkoły/placówki, w razie potrzeby o wynikach badań prowadzonej terapii, informacji, opinii  
\* (*właściwie podkreślić*)
- ✓ Przyjmuję do wiadomości, że za bezpieczeństwo dzieci zgłaszanych na badania do Poradni odpowiadają rodzice/opiekunowie prawni. W sytuacji, gdy dziecko zgłasza się do Poradni bez rodziców/opiekunów prawnych, Poradnia nie ponosi odpowiedzialności za jego bezpieczeństwo w drodze do Poradni oraz do domu (po badaniach). Powrót do domu bez opieki rodziców/opiekunów prawnych jest możliwy za pisemną zgodą rodziców/opiekunów prawnych.
- ✓ W związku z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2002 nr 101 poz. 926 z późn. zm.) wyrażam zgodę na wykorzystanie danych osobowych mojego dziecka w celach statystycznych oraz wynikające z zakresu obowiązków pracowniczych przez Poradnię Psychologiczno – Pedagogiczną w Brzozowie, ul. Sienkiewicza 2, 36-200 Brzozów.

Miejscowość, data .....

1. ....

2. ....

(podpis rodziców/opiekunów prawnych)