**Zgoda na badanie logopedyczne**

Oświadczam, że wyrażam/nie wyrażam zgodę/y na udział mojego dziecka

…………………………………………………………………………………………………..

Imię i nazwisko dziecka

w przesiewowych badaniach logopedycznych prowadzonych przez

mgr Beatę Drachaim w Przedszkolu nr 9 w Mikołowie.

\*niepotrzebne skreślić

………………………………………………..

Data i podpis rodzica/opiekuna