



Częstochowa, dnia.....

**ZGODA RODZIÓW /PRAWNYCH OPIEKUNÓW
dotycząca logopedycznego badania przesiewowego
w Autorskiej Szkole Podstawowej Mozaika w Częstochowie**

*Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody na badanie przesiewowe mojego dziecka

.....
(imię i nazwisko dziecka)

uczęszczającego do grupy/klasy

celem zakwalifikowania na terapię logopedyczną prowadzoną w szkole.

.....
(Podpis rodzica/prawnego opiekuna)

**ZGODA NA OBJĘCIE UCZNIA POMOCĄ PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNĄ
w Autorskiej Szkole Podstawowej Mozaika w Częstochowie**

*Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody na udzielanie pomocy psychologiczno – pedagogicznej
mojemu dziecku,

.....
(imię i nazwisko dziecka)

uczęszczającego do grupy/klasy

.....
(Podpis rodzica/prawnego opiekuna)

* niepotrzebnie skreślić

ul. Gomoliszewskiego 18
szkola-mozaika.pl
42-224 Częstochowa
NIP 573 284 61 18

sekretariat@szkola-mozaika.pl

t. 518 555 369

PKP BP 73 1020 1664 0000 3302 0465 5868