

**Powiatowa Poradnia Psychologiczno – Pedagogiczna
w Kłobucku**

Proszę o wykonanie badania:*

psychologicznego

pedagogicznego

logopedycznego

dziecka,
imię i nazwisko

ur.

Kłobuck, dn.....

.....
Podpis rodzica, opiekuna prawnego

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka przez Powiatową Poradnię Psychologiczno - Pedagogiczną w Kłobucku zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2016 r., poz. 922).

Kłobuck, dn.....
.....
podpis rodzica lub opiekuna prawnego

* - proszę postawić znak X przy wybranej opcji

**Powiatowa Poradnia Psychologiczno – Pedagogiczna
w Kłobucku**

Proszę o wykonanie badania:*

psychologicznego

pedagogicznego

logopedycznego

dziecka,
imię i nazwisko

ur.

Kłobuck, dn.....

.....
Podpis rodzica, opiekuna prawnego

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka przez Powiatową Poradnię Psychologiczno - Pedagogiczną w Kłobucku zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2016 r., poz. 922).

Kłobuck, dn.....
.....
podpis rodzica lub opiekuna prawnego

* - proszę postawić znak X przy wybranej opcji