



.....  
(miejsowość, data)

## ZGODA RODZICA (prawnego opiekuna) na przesiewowe badanie logopedyczne

Wyrażam zgodę na przesiewowe badanie logopedyczne mojego dziecka:

.....  
(nazwisko, imiona dziecka)

.....  
(data i miejsce urodzenia)

pod kątem diagnozy wady wymowy, przeprowadzone na terenie Polskiej Katolickiej Szkoły Sobotniej w Stavanger w roku szkolnym ..... przez logopedów pracujących w tej placówce.

.....  
(data, podpis rodzica/ opiekuna)

*Administratorem Państwa danych osobowych jest Stowarzyszenie Polskiej Katolickiej Szkoły Sobotniej w Stavanger, Postboks 3012, 4392 Sandnes mail: [zarzad@szkolawstavanger.no](mailto:zarzad@szkolawstavanger.no). Dane osobowe będą przetwarzane jedynie w celach statystycznych, do realizacji zadań oświatowych przez Polską Katolicką Szkołę Sobotnią w Stavanger oraz w zakresie niezbędnym do udzielenia pomocy logopedycznej.*