

**Zgoda rodzica/prawnego opiekuna na badanie logopedyczne oraz udział dziecka w zajęciach terapii logopedycznej.**

Oświadczam, że **wyrażam / nie wyrażam\*** zgodę(y) na przeprowadzenie badań diagnostycznych w zakresie rozwoju mowy dziecka oraz udział w zajęciach terapii logopedycznej w roku szkolnym 2020/2021 w Miejskim Przedszkolu nr 15 w Świdnicy.

..... grupa.....  
(imię i nazwisko dziecka)

.....  
(podpis Rodzica/Prawnego Opiekuna)

\*(niepotrzebne skreślić)