

Plewiska, dnia.....

**ZGODA RODZICÓW / PRAWNYCH OPIEKUNÓW**  
**dotycząca specjalistycznego logopedycznego badania przesiewowego**  
**w Przedszkolu Publicznym „Naszych Dzieci” z Oddziałami Integracyjnymi**  
**w Plewiskach**

1. \*Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody na indywidualne badanie otoskopem drożności przewodu słuchowego mojego dziecka

.....  
*(imię i nazwisko dziecka)*

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

2. \*Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody na indywidualne badanie tympanometrem (badanie właściwości ucha środkowego i trąbki słuchowej Eustachiusza) mojego dziecka

.....  
*(imię i nazwisko dziecka)*

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

3. \*Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody na indywidualne badanie anatomiczne narządów mowy mojego dziecka

.....  
*(imię i nazwisko dziecka)*

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

4. \*Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody na indywidualne badanie funkcjonalne aparatu ustno-twarzowego (jedzenie, polykanie, gryzienie, picie) mojego dziecka

.....  
*(imię i nazwisko dziecka)*

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

5. \*Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody na indywidualne badanie toru oddechowego  
mojego dziecka

.....  
*(imię i nazwisko dziecka)*

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

6. \*Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody na indywidualne badanie zgryzu mojego dziecka

.....  
*(imię i nazwisko dziecka)*

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