**Zgoda na badanie przesiewowe**

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania przesiewowego mojego dziecka ………………….……………………………………………………………………….. z grupy …………………………………………….

Przez logopedę szkolnego mgr Urszulę Bachan w roku szkolnym 2020/2021.

……………………………………………………

(podpis rodzica/ opiekuna)