

ZGODA NA PRZEPROWADZENIE TERAPII

Miejscowość ..... dnia ..... roku

Imię i nazwisko dziecka - uczestnika terapii

.....

Adres zamieszkania .....

PESEL uczestnika terapii .....

Rodzic/opiekun .....

PESEL matki .....

tel. kontaktowy do rodzica/opiekuna .....

OŚWIADCZENIE

Ja .....

niziej podpisana/y, posiadająca/y pełną władzę rodzicielską reprezentująca/y małoletniego:

.....

oświadczam, że wyrażam zgodę na przeprowadzenie terapii mojego wyżej wymienionego dziecka w ramach **Projektu badań przesiewowych dzieci 6 i 7 letnich z zastosowaniem Polskiego Pediatrycznego Testu Zdaniowego PTZ - D prof. Edwarda Ozimka** realizowanego przez **FUNDACJĘ BONUM COMMUNE** z siedzibą w Poznaniu przy ul. Kozłowskiego 5, KRS 0000108171.

.....

(data i czytelny podpis rodzica / opiekuna)