

.....

Działdowo dn.....

Imię i nazwisko dziecka

.....

Data urodzenia

.....

.....

Adres zamieszkania

.....

Imiona i nazwiska rodziców

ZGODA

Wyrażam zgodę na wykonanie przez zespół specjalistów Przedszkola nr 1 w Działdowie u mojego dziecka.....badań w zakresie diagnozy funkcjonalnej celem skonstruowania indywidualnych programów, do prowadzenia zajęć wynikających z wydanych orzeczeń i opinii oraz procesu wychowawczo-dydaktycznego. Wielospecjalistyczna diagnoza funkcjonalna będzie przeprowadzona przez specjalistę ASD, oligofrenopedagoga, pedagoga, psychologa, neurologopedę, terapeutę SI

.....

Czytelny podpis rodzica