

Luboń, .....

### **ZGODA NA DIAGNOZĘ I SPOTKANIA Z LOGOPEDĄ**

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody na przeprowadzenie diagnozy logopedycznej u  
mojego dziecka:

.....  
imię, nazwisko, klasa

Po przeprowadzonym badaniu, w razie konieczności spotkań z logopedą szkolnym  
w celu terapeutycznym, otrzymam informację o terminie i częstotliwości zajęć.

.....  
podpis rodziców / opiekunów prawnych