

ZGODA RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO
NA PRZEPROWADZENIE BADANIA W KIERUNKU WAD POSTAWY

Imię i nazwisko dziecka:

Data urodzenia:

Nazwa placówki dydaktycznej:

Ja, niżej podpisany/a:

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego:

.....

wyrażam zgodę na przeprowadzenie u mojego dziecka bezpłatnego badania przesiewowego w kierunku występowania nieprawidłowości i wad postawy ciała.

Badanie zostanie przeprowadzone przez personel medyczny/specjalistów w zakresie oceny postawy ciała, na terenie placówki dydaktycznej, do której uczęszcza dziecko.

☐ Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania.

☐ Nie wyrażam zgody na przeprowadzenie badania.

Miejscowość i data:

Czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego:

.....