

PROJEKT BADAŃ PRZESIEWOWYCH DLA DZIECI PRZEDSZKOLNYCH
- WYKRYWANIE RYZYKA ZABURZEŃ ROZWOJOWYCH

**Zgoda rodzica / opiekuna prawnego
na udział dziecka w badaniach przesiewowych**

Wyrażam zgodę na udział dziecka
(imię i nazwisko dziecka)

w badaniach przesiewowych* dotyczących ryzyka zaburzeń rozwojowych.

.....
(imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego, data)

*Badania przesiewowe składają się z CZĘŚCI WSTĘPNEJ: ankiety dla rodziców/opiekunów prawnych oraz wychowawców, obserwacji dziecka w grupie i konsultacji (rozmowa prowadzącego z wychowawcą oraz- w miarę potrzeb- ze specjalistami z przedszkola) oraz CZĘŚCI ZASADNICZEJ: diagnozy w Specjalistycznej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej (dla dzieci zakwalifikowanych).

Dane kontaktowe rodzica / opiekuna prawnego (proszę wpisać drukowanymi literami):

Imię i nazwisko

Numer telefonu

Adres e-mail

Dane Państwa oraz dane Państwa dziecka będą przechowywane w sposób zapewniający zachowanie poufności.

Dane do kontaktu z osobą prowadzącą projekt:

Anna Góralczyk-Haczek
Psycholog, Specjalistyczna Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna
ul. Sokolska 26, Katowice

anna.goralczyk.haczek.psycholog@gmail.com