

**Zgoda rodzica/prawnego opiekuna na badania logopedyczne  
oraz udział dziecka w zajęciach logopedycznych**

Ja niżej podpisany wyrażam/nie wyrażam zgody na badanie przez logopedę oraz udział mojego dziecka w zajęciach logopedycznych w roku szkolnym 2024/2025 odbywających się w Przedszkolu nr 49 im. Tysiąclecia Miasta Wrocławia we Wrocławiu.

**Imię i nazwisko dziecka**

.....

**Grupa**

.....

.....  
Podpis rodzica/prawnego opiekuna