**Zgoda Rodzica na udział dziecka w zajęciach logopedycznych**

**Rok szkolny ………………………**

**Wyrażam zgodę na uczestnictwo mojego dziecka w terapii logopedycznej
oraz na przetwarzanie poniższych danych osobowych na potrzeby prowadzenia zajęć logopedycznych.
Oświadczam również, że zapoznałem/am się z *REGULAMINEM UCZĘSZCZANIA NA ZAJĘCIA TERAPII LOGOPEDYCZNEJ w Szkole Podstawowej nr 81 we Wrocławiu.***

Imię i nazwisko dziecka: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Klasa:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data urodzenia dziecka: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Imiona Rodziców dziecka:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kontakt do Rodzica:
Numer telefonu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Podpis Rodzica:

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_