****

**Pozytywny żłobek nr 6 w Gdańsku**

**Arkusz zgody rodziców/opiekunów**

Szanowni Państwo,

Proszę o wyrażenie zgody na udział Waszego dziecka w profilaktycznym przesiewowym badaniu mowy. Proszę o podanie niezbędnych danych osobowych oraz wypełnienie krótkiego wywiadu dotyczącego Waszego dziecka.

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie przesiewowego badania mowy z udziałem mojego dziecka:

Imię i nazwisko dziecka ………………………………………………………………………...

Data urodzenia ……………………………………………………………………….................

Numer telefonu rodzica/opiekuna ……………………………………………………………...

……………………………

Podpis rodzica/opiekuna

**WYWIAD**

Proszę wpisać znak „x” w odpowiedniej kolumnie.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Zachowanie dziecka** | **TAK** | **NIE** |
| Czy dziecko rozumie kierowane do niego polecenia? |  |  |
| Czy wypowiedzi dziecka są rozumiane przez osoby obce, a nie tylko przez rodziców/opiekunów? |  |  |
| Czy dziecko w ciągu dnia i/lub podczas snu ma otwarte usta/oddycha przez usta? |  |  |
| Czy dziecko w ciągu dnia i/lub w nocy używa smoczka? |  |  |
| Czy dziecko ssie kciuk? |  |  |
| Czy dziecko ssie wargę lub policzki? |  |  |
| Czy dziecko nadmiernie się ślini? |  |  |
| Czy dziecko pije z butelki ze smoczkiem? |  |  |
| Czy dziecko pije z kubka niekapka? |  |  |
| Czy dziecko spożywa pokarmy stałe? |  |  |

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w arkuszu zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c, art. 7, art. 8 oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE L 119/1 z 4.5.2016r.) – RODO.

………………………………………………..

data i podpis rodzica/opiekuna

****

**Pozytywny żłobek nr 6 w Gdańsku**

**Arkusz zgody rodziców/opiekunów**

Szanowni Państwo,

Proszę o wyrażenie zgody na udział Waszego dziecka w profilaktycznym przesiewowym badaniu mowy. Proszę o podanie niezbędnych danych osobowych oraz wypełnienie krótkiego wywiadu dotyczącego Waszego dziecka.

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie przesiewowego badania mowy z udziałem mojego dziecka:

Imię i nazwisko dziecka ………………………………………………………………………...

Data urodzenia ……………………………………………………………………….................

Numer telefonu rodzica/opiekuna ……………………………………………………………...

……………………………

Podpis rodzica/opiekuna

**WYWIAD**

Proszę wpisać znak „x” w odpowiedniej kolumnie.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Zachowanie dziecka** | **TAK** | **NIE** |
| Czy dziecko rozumie kierowane do niego polecenia? |  |  |
| Czy wypowiedzi dziecka są rozumiane przez osoby obce, a nie tylko przez rodziców/opiekunów? |  |  |
| Czy dziecko w ciągu dnia i/lub podczas snu ma otwarte usta/oddycha przez usta? |  |  |
| Czy dziecko w ciągu dnia i/lub w nocy używa smoczka? |  |  |
| Czy dziecko ssie kciuk? |  |  |
| Czy dziecko ssie wargę lub policzki? |  |  |
| Czy dziecko nadmiernie się ślini? |  |  |
| Czy dziecko pije z butelki ze smoczkiem? |  |  |
| Czy dziecko pije z kubka niekapka? |  |  |
| Czy dziecko spożywa pokarmy stałe? |  |  |

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w arkuszu zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c, art. 7, art. 8 oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE L 119/1 z 4.5.2016r.) – RODO.

………………………………………………..

data i podpis rodzica/opiekuna