Dębe Wielkie, ………………………

Wyrażam zgodę na wykonanie badań przesiewowych Integracji Sensorycznej przeprowadzonych przez pracowników Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Mińsku Mazowieckim u mojego dziecka, …………………………….………………………………………………………………………., ……………………………………………………
 (imię i nazwisko) (data urodzenia)

……………………………………………………
 (podpis Rodzica)

Dębe Wielkie, ………………………

Wyrażam zgodę na wykonanie badań przesiewowych Integracji Sensorycznej przeprowadzonych przez pracowników Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Mińsku Mazowieckim u mojego dziecka, …………………………….………………………………………………………………………., ……………………………………………………
 (imię i nazwisko) (data urodzenia)

……………………………………………………
 (podpis Rodzica)

Dębe Wielkie, ………………………

Wyrażam zgodę na wykonanie badań przesiewowych Integracji Sensorycznej przeprowadzonych przez pracowników Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Mińsku Mazowieckim u mojego dziecka, …………………………….………………………………………………………………………., ……………………………………………………
 (imię i nazwisko) (data urodzenia)

……………………………………………………
 (podpis Rodzica)

Dębe Wielkie, ………………………

Wyrażam zgodę na wykonanie badań przesiewowych Integracji Sensorycznej przeprowadzonych przez pracowników Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Mińsku Mazowieckim u mojego dziecka, …………………………….………………………………………………………………………., ……………………………………………………
 (imię i nazwisko) (data urodzenia)

……………………………………………………
 (podpis Rodzica)