

## Zgody na kontakt z instytucjami i osobami mającymi wpływ na wychowanie i opiekę nad dzieckiem

Imię i nazwisko dziecka:.....

Data urodzenia:.....

1. **Wyrażam zgodę** na kontakt pracownika Poradni Konwaliowa z przedszkolem (lub inną formą wychowania przedszkolnego) lub innymi podmiotami, w których dziecko jest objęte oddziaływaniami terapeutycznymi, w celu zapewnienia spójności wszystkich oddziaływań wspomagających rozwój dziecka.

TAK

NIE\*

*Jeśli zaznaczono TAK:*

*Dane do kontaktu:* .....

2. **Wyrażam zgodę** na kontakt pracownika Poradni Konwaliowa z podmiotem leczniczym w celu zdiagnozowania potrzeb dziecka wynikających z jego niepełnosprawności, zapewnienia mu wsparcia medyczno-rehabilitacyjnego i zalecanych wyrobów medycznych oraz porad i konsultacji dotyczących wspomaganie rozwoju dziecka.

TAK

NIE\*

*Jeśli zaznaczono TAK:*

*Dane do kontaktu:* .....

3. **Wyrażam zgodę** na kontakt pracownika Poradni Konwaliowa z ośrodkiem pomocy społecznej w celu zapewnienia dziecku i jego rodzinie pomocy, stosownie do ich potrzeb

TAK

NIE\*

*Jeśli zaznaczono TAK:*

*Dane do kontaktu:* .....

.....  
(data i podpis rodzica/opiekuna prawnego)

\* zaznaczyć właściwe X