**ZGODA**

Wyrażam/nie wyrażam zgodę/-y aby dziecko/wychowanek …………………………………………..

uczestniczyło w badaniach przesiewowych (optometrycznych), które odbędą się na terenie placówki.

\*Niepotrzebne skreślić

Olsztyn, data Podpis rodzica/prawnego opiekuna

………………………………… …………………………………………………..…...