

**Zgoda na bezpłatne badanie słuchu dziecka**

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego

.....

Tel kontaktowy .....

Ja, niżej podpisany/a wyrażam zgodę na wykonywanie u mojego dziecka badania słuchu przez firmę Otosonica .

Imię i nazwisko dziecka .....

PESEL .....

Podanie wszystkich danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niepodanie danych będzie skutkowało niemożnością wzięcia udziału w bezpłatnych badaniach przesiewowych słuchu, wzroku.

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