

PROGRAM BADAŃ PRZESIEWOWYCH SŁUCHU ORAZ MOWY DLA UCZNIÓW  
PIERWSZYCH KLAS SZKÓŁ PODSTAWOWYCH Z TERENU WOJEWÓDZTWA  
MAŁOPOLSKIEGO NA LATA 2019-2021

**OŚWIADCZENIE I ZGODA RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO**

**Telefon kontaktowy:**..... **Adres e-mail:** .....

Oświadczam, że zostałam (em) poinformowany o zasadach uczestnictwa w Programie, jego organizacji, rodzaju i bezpieczeństwie planowanych działań.

Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka ..... (imię i nazwisko)  
.....(data urodzenia), uczęszczającego do ..... klasy w szkole podstawowej  
..... w .....  
(miejscowość) w Programie badań przesiewowych słuchu oraz mowy dla uczniów pierwszych klas szkół podstawowych z terenu województwa małopolskiego na lata 2019-2021”.

Jednocześnie oświadczam, że moje dziecko\*:

- 1) **jest/nie jest\*** objęte specjalistyczną opieką medyczną w zakresie zaburzeń słuchu finansowaną ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ).
- 2) **jest/nie jest\*** objęte stałą opieką logopedyczną, finansowaną ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ)

.....  
(miejscowość i data)

.....  
czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego

\*- **właściwe zaznaczyć.**

Objęcie dziecka stałą specjalistyczną opieką medyczną w zakresie zaburzeń słuchu finansowaną ze środków NFZ stanowi **wylączenie** z badań przesiewowych słuchu w ramach Programu (**dziecko nie będzie mogło brać udziału w badaniu przesiewowym słuchu**). Zaś w przypadku, gdy Państwa dziecko jest objęte stałą opieką logopedyczną, finansowana ze środków NFZ, **nie będzie brało udziału** w badaniach przesiewowych mowy, w ramach Programu.