

## ZGODA NA BADANIE UCZNIĄ

.....  
imię i nazwisko ucznia

**Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody** (*niepotrzebne skreślić*) na badanie: .....  
..... (*rodzaj badania*) w dniu ..... (*data*)  
przeprowadzanego przez ..... (*wykonawca badania*)

.....  
data, podpis matki / opiekuna prawnego ucznia

.....  
data, podpis ojca / opiekuna prawnego ucznia