



Warszawa, .....

## ZGODA

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie przesiewowego badania wzroku mojego dziecka

.....  
(CZYTELNIE - imię, nazwisko i data urodzenia dziecka)

przez członków stowarzyszenia Lions Club Warszawa. Oświadczam, że zostałam/em poinformowany o fakcie, że badanie jest bezdotykowe i zostanie przeprowadzone profesjonalnym urządzeniem Welch Allyn Spot Vision Screener. Wyrażam równocześnie zgodę na dalsze wykorzystanie zanonimizowanych wyników badań m.in. do celów statystycznych.

Zapoznałem się z informacjami na stronie <https://lions.waw.pl/projekt/przesiewowe-badania-wzroku/> które zawierają informacje o rodzaju badania, jego istocie i technice.

\_\_\_\_\_  
Czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego