|  |
| --- |
| **Žádost a souhlas s orientačním logopedickým vyšetřením - jednotlivci**  Žádám o orientační logopedickou intervenci u mého dítěte speciálním pedagogem – logopedem, pracujícím v PPP a SPC Ústí nad Orlicí, pracoviště Svitavy, Riegrova 2063, 568 02 Svitavy.  V MŠ/ZŠ …………………………………………………………………………………………………..  Dne:…………………………………………………………………………................................................  Souhlasím:   * s provedením orientační logopedické intervence v MŠ (ZŠ), kam mé dítě dochází (orientačního vyšetření se mohu osobně zúčastnit) * aby s mým dítětem individuálně pracovala logopedická asistentka pod odborným vedením speciálního pedagoga-logopeda, zaměstnance SPC Svitavy * s ústním předáním závěrů z orientační logopedické intervence u mého dítěte prostřednictvím učitelky MŠ (ZŠ) |
| Jméno a příjmení dítěte (žáka): …………………………………………………..,……………………….  Datum narození: ….......................................................................................................................................  Adresa trvalého bydliště:..............................................................................................................................  V péči logopeda: Ano Ne  V …………………………………. Dne: ……………………  Podpis zákonného zástupce:………………………………….. |