|  |
| --- |
| **Žádost a informovaný souhlas s orientační logopedickou intervencí - skupina**  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 …………………………………………………………………………………………………..  Dne:…………………………………………………………………………................................................  Souhlasím:   * s provedením orientační logopedické intervence v MŠ, 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 |
| Svoji žádost a souhlas stvrzuji podpisem v tabulce, která je přílohou tohoto dokumentu.  Místo vyšetření: Datum vyšetření:   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Jméno, příjmení dítěte** | **Datum narození** | **Bydliště** | **Navštěvuje logopeda ANO/NE** | **Podpis rodiče** | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |