|  |
| --- |
| **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** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

 |