|  |
| --- |
| **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 NeV …………………………………. Dne: …………………… Podpis zákonného zástupce:………………………………….. |