****

Ikt.szám: klik202764901/ /2023

**JELENTKEZÉSI LAP**

**ARTIKULÁCIÓS VIZSGÁLATRA**

|  |  |
| --- | --- |
| **I. Személyi adatok** | Érkezett: |
|  |  |
| Gyermek neve: | Oktatási azonosítója:TAJ száma: |
| Születési hely, idő: |
| Anyja leánykori neve: | Telefonszám:E-mail: |
| Gondviselő neve: | Telefonszám:E-mail: |
| Lakcím: |
| Jelenlegi intézménye: | Osztály- vagy csoportfoka: |
| **II. A probléma jellege** |  |
| Fent áll-e az artikulációs zavar? igen nemHa igen, akkor milyen hangok érintettek?Ki javasolta az artikulációs terápiát?Járt-e az óvodában logopédiai terápiára? Hova és mennyi ideig? Szükséges-e egyéb logopédiai terápia a jövőben (pl. dadogás, nyelvlökéses nyelés terápia) ? |  |

|  |
| --- |
| **Tájékoztató:**Intézményünk a logopédiai feladatellátás keretében végzi az ellátást. A kérelem a beérkezést követően várólistára kerül. Időpont egyeztetés miatt kollégánk felveszi a szülőkkel a kapcsolatot.**Nyilatkozat:**Vállalom, hogy a Szakszolgálatot lehetőség szerint előzetesen értesítem az alábbi elérhetőségek egyikén: csmpsz.logopedia@gmail.com / 0662/422-420-, amennyiben gyermekem nem tud megjelenni a megbeszélt időpontban a foglalkozáson.Tudomásul veszem, hogy ha két alkalommal gyermekem előzetes értesítés nélkül nem vesz részt a megbeszélt időpontban a foglalkozáson, úgy az ellátás számára megszakad.A fentiekkel **egyetértek**, kérem gyermekem ellátását a Szakszolgálattól:**.…………………………………………. ………………………………………………**Szülők / gondviselők aláírása |
| Dátum:**……………………………………….** |
| **.…………………………………………. ………………………………………………**Szülők / gondviselők aláírása |