Ikt.: klik202764901/ /2023

****

**JELENTKEZÉSI LAP NYELVLÖKÉSES NYELÉS TERÁPIÁRA**

|  |  |
| --- | --- |
| **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** |  |
|  |  |
| Milyen eltéréseket tapasztal?Mióta áll fenn a probléma?Ki javasolta a nyelvlökéses nyelés terápiát?Fordultak-e már szakemberhez, vettek-e részt vizsgálaton, esetleg járt-e már a gyermek nyelvlökéses nyelés terápiára? (kihez, mikor, eredmények)Volt vagy jelenleg van-e kedvezőtlen orális szokása? (cumizás, ujjszopás, körömrágás, ceruzarágás, sűrű ajak nyalogatás…) |
|  |
| **Tanulási képességeit jellemzi:** |
| Mit közölne még a gyermekkel kapcsolatban? |
|  |
| **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 |