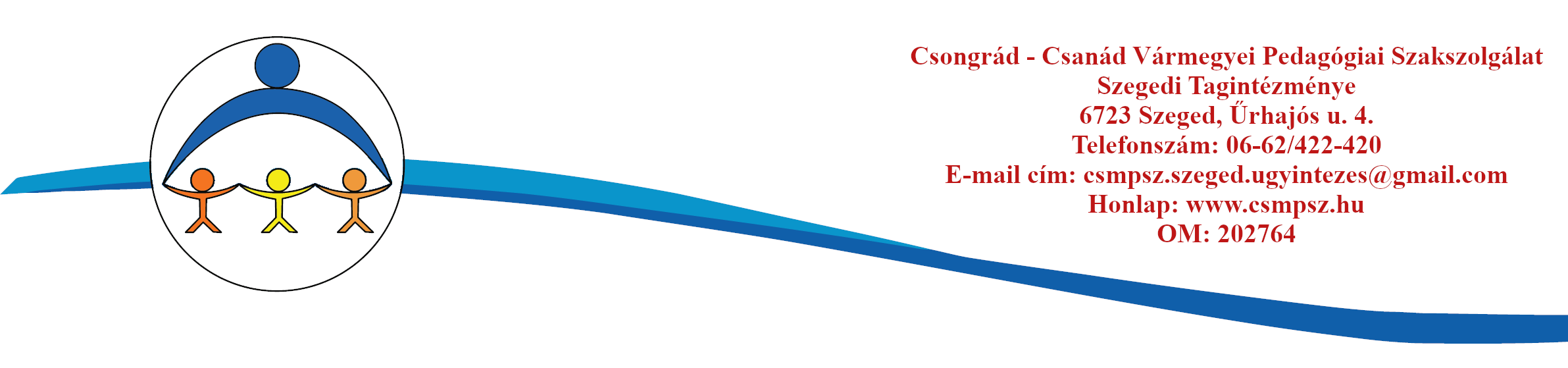
Ikt.: klik202764901/ /2023

****

**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](mailto: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 | |