Odú Központ
6723 Szeged, Gáspár Z. u. 7/C.
Tel./fax: 06-62-555-615
Mobil: 06-70-699-4858
E-mail: info@odukozpont.hu

Logopédiai nyilatkozat

Alulírott, _____ (szülő), _____ (gyermek neve), (a gyermek születési helye, ideje:_____, _____, anyja leánykor neve: _____) gyermekem részére a logopédiai ellátást

igénylem nem igénylem. /megfelelő aláhúzandó/

Gyermekem állampolgársága: magyar egyéb*

*Kijelentem, hogy gyermekem a közoktatásban való részvételre jogosult.

A logopédiai fejlesztés eredményessége érdekében a logopédussal együttműködöm. Hozzájárulok, hogy a logopédiai ellátás tanügyi dokumentációjához szükséges adatokat a gyermekemet ellátó iskola/óvoda az Odú Központ számára hozzáférhetővé tegye.

Szeged, _____

_____
szülő aláírása

Adatlap a logopédiai ellátáshoz

A gyermek neve: _____
Születési helye: _____
Születési ideje: _____
Lakcíme: _____
Oktatási azonosítója. _____

Anyja neve: _____
Elérhetősége:
telefonszám: _____
e-mail cím: _____

Apja neve: _____
Elérhetősége: _____
telefonszám: _____
e-mail cím: _____

Hozzájárulok, hogy a fentebb felsorolt személyek számára a logopédus tájékoztatást adhat a gyermekem állapotáról, illetve logopédiai tanácsadást folytathat.

Szeged,

_____
szülő aláírása