



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

VIZSGÁLATI KÉRELEM

Logopédiai vizsgálat kérelmezése

Alulírott _____ szülő kérem az Odú Központ logopédus munkatársát, hogy a _____ Intézménybe járó _____ csoportos/osztályos gyermekem logopédiai vizsgálatát szíveskedjen elvégezni.

Gyermek adatai

Név:	
Anyja neve:	
Születési idő:	
OM azonosító:	

Dátum:

Szülő aláírása