

ZGODA NA PRZESIEWOWE BADANIE LOGOPEDYCZNE

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody* na przesiewowe badanie logopedyczne mojego dziecka

.....
(imię, nazwisko dziecka, grupa)

pod kątem diagnozy wady wymowy przeprowadzone na terenie Przedszkola nr 50 w Rybniku.

.....
(data i podpis rodzica/opiekuna)

*właściwe podkreślić

LOGOPEDYCZNY WYWIAD PRZESIEWOWY

1. Czy coś Panią/Pana niepokoi w rozwoju mowy dziecka?

- ☐ Tak
(Co Panią/Pana niepokoi?)
- ☐ Nie.

2. Czy dziecko obecnie uczęszcza lub kiedyś uczęszczało na terapię logopedyczną?

- ☐ Tak
(Kiedy? Z jakiego powodu?)
- ☐ Nie.

3. Czy dziecko jest pod opieką poradni specjalistycznej? (np. laryngologicznej, neurologicznej, fizjoterapeutycznej, alergologicznej itp.)

- ☐ Tak
(Jakiej?)
- ☐ Nie.

4. Czy podczas mówienia dziecko wsuwa język między zęby?

- ☐ Tak.
- ☐ Nie.

5. Czy dziecko ma otwartą buzię w dzień (np. gdy ogląda książeczki/bajki, gdy się bawi)?

- ☐ Tak.
- ☐ Nie.

6. Czy dziecko śpi z otwartą buzią?

- ☐ Tak.
- ☐ Nie.

7. Inne ważne informacje - wizyty u specjalistów i zabiegi mające wpływ na rozwój mowy dziecka (np. podcięcie wędzidełka, wycięcie migdałków, badania słuchu itp.)

.....
.....
.....