**Fejér Megyei Pedagógiai Szakszolgálat Sárbogárdi Tagintézménye**

OM azonosító: 200172; Szervezeti egység kód: FA2404

*Ügyviteli telephely címe: 7000 Sárbogárd, József A. u. 10.*

*E-mail:* *sarbogard@fejermepsz.hu**; Telefon/fax:+3625 462 015*



**Ambuláns logopédiai ellátás igénylése**

**Tisztelt Szülők!**

**Tájékoztatjuk** **Önöket,** hogy a 2022/23. tanévben az iskoláskorú gyermekek ellátására ambuláns keretek között van lehetőség. Az ellátás a szakszolgálat épületében valósul meg (Sárbogárd, József A. u. 10.) Az ambuláns ellátásra jelentkezni a gondviselő által kitöltött adatlappal lehet, melyet kérünk intézményünkbe eljuttatni.

Az ellátás megszervezése az igénylőlap beérkezése után történik.

A logopédusok meghatározott prioritás szerint látják el a gyermekeket.

Amennyiben nem tudjuk biztosítani az ellátás, a kliens várólistára kerül.

**Gyermek neve:** ………………………………………………………………………………....

Szül. hely, idő: …………………………………………………………………………………..

TAJ:………………………………………….. OM azonosító:…………………………………

Lakcím:…………………………………………………………………………………………..

**Anya neve**:………………………………………………………………………………………

Tel.szám: …………………………............E-mail:……………………………………………..

**Gondviselő neve**:………………………………………………………………………………..

Tel.szám:……………………………….E-mail:………………………………………………..

**Intézmény neve:** .............................................................................

…………………………………………………………………………………………………...

Osztályfok:………………………………………………………………………….

**A probléma rövid részletezése**:…………………………………………………………...........

………………………………………………………………………………………………….......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Az ambuláns logopédiai ellátást igénylem:

 ………………………………………………

szülő/gondviselő aláírása

Dátum:……………………………………………