**LOGOPÉDIAI ELLÁTÁS FOLYTATÁSÁNAK IGÉNYLÉSE**

1. **osztályba lépő tanulók számára**

**Gyermek/tanuló neve:** ……………………………………………………………………………

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

TAJ:……………………………………oktatási azonosító:……......................................................

Anyja neve:…………………………………………………………………………………………

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

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

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

**A gyermek iskolájának neve és címe:**……………………………………………………………

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

Osztálya:……………………………………………………………………………………………

**Az előző nevelési évben óvodája neve és címe:**…………………………………………………..

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

Az ellátó logopédus neve:…………………………………………………………………………..

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

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

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

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

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

Dunaújváros, 20……………………………

 ………………………………………………

szülő/gondviselő