

ARKUSZ ZGODY RODZICÓW

Proszę o wyrażenie zgody na udział dziecka w profilaktycznym przesiewowym badaniu mowy.

Proszę o podanie niezbędnych danych osobowych oraz wypełnienie krótkiego wywiadu dotyczącego dziecka.

Profilaktyczne przesiewowe badanie mowy jest dobrowolne.

Ostateczny termin zwrotu arkusza – 5 września 2025 r.

Uzupełniony arkusz zgody przekazujemy wychowawcy grupy.

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie przesiewowego badania mowy z udziałem mojego dziecka oraz na przetwarzanie jego danych osobowych.

Imię i nazwisko dziecka:

.....

Grupa przedszkolna:

.....

Data urodzenia dziecka:

.....

Imiona rodziców/prawnych opiekunów dziecka:

.....

Numer telefonu rodziców/prawnych opiekunów dziecka:

.....

WYWIAD LOGOPEDYCZNY

Proszę wpisać znak x w odpowiedniej kolumnie.

Zachowanie dziecka	Tak	Nie
Czy dziecko rozumie polecenia słowne adekwatne do jego wieku?		
Czy wypowiedzi dziecka są rozumiane przez osoby obce, a nie tylko przez najbliższego opiekuna (Panią/Pana)?		
Czy dziecko wypowiada się spontanicznie (potrafi łączyć w zdania pojedyncze wyrazy), podobnie jak większość jego rówieśników?		
Czy dziecko jąka się?		
Czy dziecko w ciągu dnia i podczas snu ma otwarte usta/oddycha przez usta?		
Czy podczas mówienia dziecko wsuwa język między zęby?		
Czy dziecko ssie kciuk?		

Czy dziecko ogryza paznokcie?		
Czy dziecko nadmiernie się ślini?		
Czy dziecko ssie wargę lub policzki?		
Czy dziecko pije z otwartego kubka/butelki?		
Czy dają się zauważyć u dziecko jakieś nieprawidłowości w sposobie gryzienia, żucia czy połykania?		

Podpis rodzica/
opiekuna prawnego

.....