**Souhlas zákonných zástupců s depistáží dětí v MŠ**

|  |  |
| --- | --- |
| **Mateřská škola** |  |
| **Název zařízení:** |  |
| **Adresa:** |  |
| **Telefon:** |  |

Souhlasím s tím, aby se můj/moje syn/dcera zúčastnil/a logopedické depistáže vedené pracovníky SPC Trutnov za účelem **posouzení řečového vývoje dítěte a doporučení následné péče** (klinický logoped, vstupní vyšetření v SPC apod.). O průběhu depistáže bude zákonný zástupce informován.

|  |  |
| --- | --- |
|  **Jméno a příjmení** |  **Podpis zákonného zástupce** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |