



.....  
Imię i nazwisko

.....  
data urodzenia

.....  
placówka

1. Czy dziecko ma wadę wymowy:

TAK

NIE

2. Jeżeli tak – prosimy o diagnozę logopedyczną

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

3. Czy dziecko korzysta w placówce z terapii logopedycznej:

TAK

NIE