

**WYWIAD LOGOPEDYCZNY**  
**INTEGRALNY ZAŁĄCZNIK DO ZGODY NA PRZESIEWOWE BADANIA LOGOPEDYCZNE**

.....  
(miejsowość, data)

Wywiad logopedyczny stanowi załącznik do zgody na przesiewowe badania logopedyczne.

.....  
(nazwisko, imiona dziecka)

Proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź.

l.p.	Pytanie	TAK	NIE
1.	Czy dziecko rozumie polecenia słowne adekwatnie do jego wieku		
2.	Czy wypowiedzi dziecka są rozumiane przez osoby obce, a nie tylko przez najbliższego opiekuna (Panią/Pana)?		
3.	Czy dziecko wypowiada się spontanicznie (potrafi łączyć w zdania pojedyncze wyrazy), podobnie jak większość jego rówieśników?		
4.	Czy dziecko zacina się, jąka (tzn. powtarza dźwięki mowy, sylaby, wyrazy lub/i przeciąga dźwięki mowy w wyrazach, lub/i blokuje się na początku wypowiedzanego słowa, lub/i przejawia inne zawahania w mowie)?		
5.	Czy dziecko w ciągu dnia i podczas snu ma otwarte usta/oddycha przez usta?		
6.	Czy podczas mówienia dziecko wsuwa język między zęby?		
7.	Czy dziecko ssie kciuk?		
8.	Czy dziecko obgryza paznokcie?		
9.	Czy dziecko się ślini?		
10.	Czy dziecko ssie wargę lub policzki?		
11.	Czy dziecko pije z butelki?		
12.	Czy dają się zauważyć u dziecka jakieś nieprawidłowości w sposobie gryzienia, żucia czy połykania pokarmów?		

.....  
(data, podpis rodzica/ opiekuna)

*Administratorem Państwa danych osobowych jest Stowarzyszenie Polskiej Katolickiej Szkoły Sobotniej w Stavanger, Postboks 3012, 4392 Sandnes mail: [zarzad@szkolawstavanger.no](mailto:zarzad@szkolawstavanger.no). Dane osobowe będą przetwarzane jedynie w celach statystycznych, do realizacji zadań oświatowych przez Polską Katolicką Szkołę Sobotnią w Stavanger oraz w zakresie niezbędnym do udzielenia pomocy logopedycznej.*