



ACORD PRIVIND ACTIVITATEA DE TERAPIE LOGOPEDICĂ

Stimați părinți,

În urma testării logopedice care se efectuează la începutul fiecărui an școlar în unitatea școlară

Copilul dvs.....a fost identificat ca prezentând anumite dificultăți ale limbajului: ☐ oral ☐ scris ☐ citit.

Dacă sunteți de acord cu evaluarea logopedică individuală și includerea copilului în programul de terapie logopedică asigurat în mod **gratuit** de Centrul Județean de Resurse și de Asistență Educațională (C.J.R.A.E) Arad, vă rugăm să semnați mai jos acest acord:

1. Evaluarea logopedică individuală:

☐ DA, sunt de acord

☐ NU, nu sunt de acord

2. Includerea copilului în programul de terapie logopedică

☐ DA, sunt de acord

☐ NU, nu sunt de acord

NUME ȘI PRENUME PĂRINTE.....

Telefon.....

E-mail.....

Data..... Semnătura.....

Vă mulțumesc pentru colaborare și aștept orice nelămuriri sau sugestii la numărul de telefon.....

Numele și prenumele (logoped):