
(įstaigos pavadinimas)

**VAIKŲ, TURINČIŲ KALBĖJIMO IR KALBOS SUTRIKIMUS, SĄRAŠAS
DĖL LOGOPEDO PAGALBOS TĖSIMO**

(data)

Eil. Nr.	Vardas, pavardė	Gimimo metai	Pirminė išvada apie kalbos sutrikimą. Data	Esama išvada apie kalbos sutrikimą Data	Pratęsimo terminas
1	2	3	4	5	6

Logopedė

VGK protokolo _____ Nr. _____
(data)

parašas

vardas, pavardė

VGK pirmininkas

parašas

vardas, pavardė

P.S. Pildomi 1, 2, 3, 4,5 punktai. Pridedamas kalbos aprašas