

# HUMANITARNA AKCIJA „Moj omiljeni ZVUK“

## U P I T N I K



Ime i prezime roditelja:	
Grad prebivališta:	
Adresa prebivališta:	
Kontakt telefon:	
Kontakt E-mail adresa:	
Datum slanja upitnika:	

1. Ime, prezime i datum rođenja deteta: \_\_\_\_\_

2. Ime škole (mesto) koju pohađa dete: \_\_\_\_\_

3. Kako dete funkcioniše u školi i kakav je đak:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. Ako dete ne ide u školu, da li je uključeno u govorne vežbe i gde:

\_\_\_\_\_

5. Kad je dijagnostifikovano oštećenje sluha kod deteta:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. Koje slušne aparate nosi dete i koliko su stari:

\_\_\_\_\_

7. Napišite još nešto ukoliko mislite da nije rečeno u predhodnom delu upitnika:

\_\_\_\_\_

**NAPOMENA:** Potpisivanjem ovog upitnika pristajemo da se objavljuju fotografije deteta snimljene tokom provere sluha i mogućeg doniranja sl. aparata.

Potpis roditelja (staratelja):

\_\_\_\_\_