

Naše číslo: /2024

Vybavuje/linka: PhDr. Jozef Štefan, PhD.

Bratislava:

**ŽIADOSŤ ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU O PRIJATIE DIEŤAŤA/ŽIAKA DO
ŠPECIALIZOVANÉHO CENTRA PORADENSTVA A PREVENČIE PRE DETI
A ŽIAKOV S MENTÁLNYM POSTIHNUTÍM**

Meno a priezvisko:.....

Dátum a miesto narodenia:.....

Bydlisko (ulica, číslo, PSČ, mesto):.....

Osobné údaje zákonného zástupcu alebo poručníka (vypísať pri neplnoletom klientovi):

Meno a priezvisko:.....

Bydlisko (ulica, číslo, PSČ, mesto):.....

K odbornému psychologickému a špeciálno-pedagogickému vyšetreniu pripájam ďalšie odborné vyšetrenia a súhlasím so spracovaním a uvádzaním zistených diagnóz vo výstupnej správe.

Píšte v tvare: Psychologická správa, dátum v tvare 04/2015, CPPPaP, Nitra.

1.
2.
3.
4.
5.
6.

V Bratislave, dňa.....

.....
podpis zákonného zástupcu

.....
podpis zákonného zástupcu