

Zákonný zástupca /meno a priezvisko/:

Telefónny kontakt na zákonného zástupcu, klienta:.....

Žiadosť o zaradenie do starostlivosti v Centre špeciálnopedagogického poradenstva

Meno a priezvisko:.....

Dátum narodenia:.....

Bydlisko:.....

Rodné číslo:

MŠ,ZŠ:

Trieda:.....

Typ vyšetrenia: a) psychologické

b) špeciálnopedagogické

c) logopedické

d.) iné

Vyšetrenie žiada:.....

Vyšetrenie odporúča:

Všetky služby CŠPP pri SŠ v Pezinku sú poskytované bezplatne.

V dňa

.....

podpis rodiča / zákonného zástupcu / klienta

Č e s t n é v y h l á s e n i e

Čestne vyhlasujem, že môj syn /dcéra/

nie je klientom inej CŠPPaP príp. CŠPP*.

Podpis zákonného zástupcu.....

V Pezinku, dňa

**CŠPPaP – Centrum pedagogicko-psychologického poradenstva a prevencie*

CŠPP – Centrum špeciálnopedagogického poradenstva