**Centrum špeciálno – pedagogického poradenstva**

Jána Vojtaššáka 13, Žilina, ako súčasť Špeciálnej základnej školy s materskou školou

Jána Vojtaššáka 13, Žilina, telefón: 0914/306632, mail: cspp@szsza.sk, web. sídlo: www.szsza.sk

 **Žiadosť o odborné vyšetrenie / odbornú intervenciu**

 (po vyplnení dôverné)

Meno dieťaťa:...............................................................................................................................

Dátum narodenia:...........................................Miesto narodenia:..................................................

Bydlisko:.......................................................................................................................................

Škola, trieda:.................................................................................................................................

Boli ste už v poradni? Ak áno, v ktorej?......................................................................................

......................................................................................................................................................

Popis problému dieťaťa - žiaka:....................................................................................................

............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Čo očakávate od vyšetrenia / intervencie?....................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

Čo ste doteraz podnikli na odstránenie / zmiernenie udávaných ťažkostí?:................................

..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**Údaje o rodičoch**

Zákonný zástupca 1:

Meno a priezvisko:........................................................................................................................

Kontakt: (telefón, mail).................................................................................................................

Bydlisko:.......................................................................................................................................

Zákonný zástupca 2:

Meno a priezvisko:........................................................................................................................

Kontakt: (telefón, mail).................................................................................................................

Bydlisko:.......................................................................................................................................

Dátum:.........................................

Podpis žiadateľa o vyšetrenia:.......................................................