**ŽIADOSŤ O PRIJATIE DIEŤAŤA/ŽIAKA DO CŠPP**

za účelom \***odborného vyšetrenia/ odbornej intervencie.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Meno a priezvisko dieťaťa:** |  |
| **Dátum narodenia dieťaťa:** |  |
| **Adresa trvalého bydliska:** |  |
| **Názov školy, ročník:** |  |
| **Druh odborného vyšetrenia**  | * \*Psychologické vyšetrenie
* \*Špeciálnopedagogické vyšetrenie
* \*Logopedické vyšetrenie
* \*Rehabilitačné vyšetrenie
 |
| **Druh odbornej intervencie**  | * \*Psychologické poradenstvo
* \*Špeciálnopedagogická intervencia
* \*Logopedická intervencia
* \*Rehabilitačné cvičenia
* \*Rané poradenstvo
 |

Meno a priezvisko zákonného zástupcu: .....................................................................................

Kontakt (telefón, email): ..............................................................................................................

Adresa bydliska: ...........................................................................................................................

V............................. dňa ................................

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

Podpis zákonného zástupcu

Žiadosť prijatá dňa....................................... Pečiatka poradenského zariadenia

 a podpis zástupkyne CŠPP

PaedDr. Júlia Mankovičová

 riaditeľka CŠPP