**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