

Kontakt: jarmila.ledvinova@zs-oshtyn.cz, www.zs-oshtyn.cz

 datum přijetí: č.j.:

termín:

**ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ PORADENSKÝCH SLUŽEB**

**Jméno a příjmení zákonného zástupce/klienta:**

…………………………………………………………………

Telefon: …………………………

**Jméno a příjmení dítěte/žáka:**………………………………………………………………….

**Datum narození:** ………………………………………………………………………………..

**Adresa trvalého bydliště:** ………………………………………………………………………

…………………………………………………………. **PSČ**…………………………………….

**Škola**:………………………………………………………………………..

**Ročník**: .…..…….

**Druh požadované poradenské služby (***vyznačte***):**

**vyšetření:**

* komplexní *(psychologické a speciálně pedagogické)*
* speciálně pedagogické
* psychologické
* logopedické
* se zaměřením na autismus a PAS

**jiné činnosti :** ……………..………………………………………………………………………………………………..

**Důvod žádosti, popř. stručný popis problému:**

…………………………………………………………………………………………………….

Jméno konzultanta SPC: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Podpis:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Informovaný souhlas s vyšetřením, jeho výsledky a výstupy jsou součástí spisu klienta SPC.**

Dne:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Zapsala:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_