\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

koordinátor klienta (vpíše CPP Myjava)

**Ž I A D O S Ť**

ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU O POSKYTNUTIE SLUŽIEB VYKONÁVANÝCH V CENTRE PORADENSTVA A PREVENCIE MYJAVA

 Žiadam o poskytnutie odborných psychologických (špeciálno-pedagogických) služieb:

vyšetrenie – terapia- korekcia – poradenstvo- reedukácia v CPP Myjava

svojho dieťaťa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dátum narodenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

rodné číslo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ trvalé bydlisko: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

adresa školy: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ trieda: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

meno a priezvisko zákon.zástupcu dieťaťa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

trvalé bydlisko zákon.zástupcu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel.kontakt: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

špecifikácia služby: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

V Myjave: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis zákonných zástupcov \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pozn. Ak niektorý zo zákonných zástupcov nemôže túto žiadosť podpísať, je **povinný** oboznámiť s uvedenou skutočnosťou aj druhého zákonného zástupcu dieťaťa v zmysle zákona č. 36/2005 Z.z. zákona o rodine a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.