

**Špecializované centrum poradenstva a prevencie pre deti a žiakov
s viacnásobným postihnutím**

Štvrť M. R. Štefánika 12, 984 01 Lučenec

ŽIADOSŤ

ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU O VYŠETRENIE DIEŤAŤA v ŠCPaP

Číslo žiadosti: _____ (vyplní ŠCPaP)

Zákonný zástupca (meno, priezvisko, tel. kontakt.).....Vás
týmto žiadam o vyšetrenie svojho dieťaťa.....

Nar:Rodné číslo:.....

Bytom:.....

Druh školy (ročník).....v ŠCPaP pre deti a žiakov s viacnásobným
postihnutím z dôvodu.....

.....

.....

V.....

Podpis zákonného zástupcu.....

Prijatie žiadosti: