

ŽÁDOST O VYŠETŘENÍ

Žádám o vyšetření svého dítěte v Pedagogicko-psychologické poradně v Přerově
Zároveň uděluji škole souhlas s poskytnutím informací o dítěti, důležitých pro vyšetření.

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Jméno a příjmení rodiče (zákonného zástupce):.....

Telefon:.....

Adresa:.....

V..... dne.....

.....
Podpis zákonného zástupce

Rodič (zákonný zástupce) má právo zažádat o vyšetření v PPP bez účasti školy – vyplnění školního dotazníku.

Upřednostňujeme osobní či telefonickou žádost rodiče o vyšetření přímo v PPP na tel. 581 217 760
