

Žádost o vyšetření

(Prosím, předejte na konkrétní pracoviště PPP či SPC, které předpokládáte navštívit. V případě PPP využijte, prosím, pracoviště v okrese, ve kterém se nachází škola, kterou Vaše dítě navštěvuje.)

Jméno a příjmení zákonného zástupce: <i>(nevyplňuje zletilý klient)</i>	
Jméno a příjmení dítěte/zletilého klienta:	Datum narození:
Adresa trvalého bydliště:	Korespondenční adresa: <i>(liší-li se od adresy trvalého bydliště)</i>
Škola (název, adresa):	
Třída, ročník:	Jméno třídního učitele/lky; kontakt: <i>(telefon, mail)</i>
Telefon zákonného zástupce/zletilého klienta:	E-mail zákonného zástupce/zletilého klienta:

Důvod objednávky: <i>(lze vybrat i více možností současně)</i>	
Výukové obtíže <i>(blíže popište- M, ČI, jiné atd.)</i>	<input type="checkbox"/>
Výchovné obtíže <i>(blíže popište)</i>	<input type="checkbox"/>
Posouzení školní zralosti	<input type="checkbox"/>
Posudek k maturitě	<input type="checkbox"/>
Profesní orientace <i>(volba povolání)</i>	<input type="checkbox"/>
Jiné <i>(blíže popište)</i>	<input type="checkbox"/>