

ŽIADOSŤ RODIČA, ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU / KLIENTA

O DIAGNOSTICKÉ VYŠETRENIE

alebo

O ODBORNÉ PORADENSTVO

(nehodiace sa preškrtnite)

Meno a priezvisko dieťaťa / klienta:.....

Dátum narodenia:..... Bydlisko:.....

Dôvod / podrobný opis problémov:

Doterajšie postupy pri riešení problémov:

Očakávania rodiča, zákonného zástupcu / klienta od dg. vyšetrenia / odb. poradenstva:

V dňa

.....
podpis rodiča/zák. zástupcu / klienta