

ŽIADOSŤ

o poskytnutie odborných služieb v Špecializovanom centre poradenstva a prevencie pre deti a žiakov s autizmom alebo ďalšími pervazívnymi vývinovými poruchami, M. R. Štefánika 517/23, Myjava

Žiadam o poskytnutie služieb môjmu dieťaťu:

Meno a priezvisko..... dátum narodenia.....

adresa trvalého pobytu.....

adresa kde sa dieťa obvykle zdržiava (ak sa nezdržiava na adrese trvalého pobytu).....

.....

adresa školy....., trieda.....

Dôvodom mojej žiadosti je záujem o vyšetrenie poruchy autistického spektra.

Meno a priezvisko zákon. zástupcu č. 1:

trvalé bydlisko zákon. zástupcu:

Meno a priezvisko zákon. zástupcu č. 2:

trvalé bydlisko zákon. zástupcu:

V Myjave dňa

.....
Podpis zákonných zástupcov

Príloha k žiadosti:

- odporúčanie z centra poradenstva a prevencie (čiže z 3. a 4. podpornej úrovne), odporúčanie od všeobecného lekára pre deti a dorast alebo odporúčanie lekára so špecializáciou (psychiater, neurológ) na vykonanie odbornej činnosti špecializovaného centra poradenstva a prevencie.

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.