

CPP / Ambulancia všeobecného lekára pre deti a dorast / Ambulancia lekára so špecializáciou

Meno a priezvisko dieťaťa:

Dátum narodenia:

Adresa:

Dátum:

**Vec: Odporúčenie na vykonanie odbornej činnosti špecializovaného centra poradenstva a prevencie pre deti a žiakov s autizmom alebo ďalšími pervazívnymi vývinovými poruchami**

Vzhľadom k ťažkostiam smerujúcim k podozreniu na pervazívnu vývinovú poruchu odporúčam vyšetrenie dieťaťa v Špecializovanom centre poradenstva a prevencie pre deti a žiakov s autizmom alebo ďalšími pervazívnymi vývinovými poruchami.

**Pečiatka a podpis:**