

ПЕДАГОГІЧНО - ПСИХОЛОГІЧНА КОНСУЛЬТАЦІЯ
членська організація Моравсько-Слезької області

Рибний ринок 177/8,
740 01 м. Опава

тел.: 553 522 768 e-mail: posta@ppropava.cz

ЗАЯВА

(законний представник, повнолітній клієнт)

Заява про надання консультаційних послуг відповідно до постанови № 197/2016 Зб., яким вносяться зміни до постанови № 72/2005 Зб. про надання консультаційних послуг у школах та шкільних консультаційних закладах в редакції пізніших змін.

Ім'я та прізвище (дитини): Народилася:

Місце проживання: Поштовий індекс:

Контактні дані (телефон, e-mail):
.....

Школа (дитячий садок, основна школа, технікум): Клас:
спеціальність.....

Запис (для вступу в основну школу):

Лікар спеціаліст:
.....

Обслідування просить (ім'я, прізвище – відношення до дитини):
.....

Підстави для проведення обслідування (коротко опишіть причину звернення):

Письмове повідомлення школи пред'явлено дня:

Термін початку надання консультаційних послуг починається з дня подання всіх письмових документів в педагогічно-психологічну консультацію.

Якщо дитина перебуває під опікою спеціаліста (невролога, логопеда, психіатра, клінічного психолога тощо), рекомендуємо взяти з собою на обслідування їхні актуальні заключення.

Ваші дані ми розглядатимемо як суворо конфіденційні відповідно до положень Закону № 101/2000 Зб. про захист персональних даних в редакції пізніших змін.

Дата:

Підпис:

Попередження: якщо ваша дитина захворіла, негайно повідомте нас про це. У разі захворювання дитини обстеження не може бути проведено у зазначений термін.



Ž Á D O S T

(zákonný zástupce, zletilý klient)

Žádost na poskytnutí poradenských služeb dle vyhlášky č. 197/2016 Sb., kterou se mění vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, ve znění pozdějších předpisů.

Jméno a příjmení (dítěte): Narozen(a):

Bydliště:PSC:

Kontaktní údaje (telefon, e.mail):

Škola (MŠ, ZŠ, SŠ):Třída, obor:

Zápis (pro nástup do ZŠ):

Odborný lékař:

Vyšetření žádá (jméno, příjmení – vztah k dítěti):

Důvody vyšetření (stručně popište důvod žádosti):

.....

Písemná zpráva školy doložena dne:

Lhůta pro zahájení poskytnutí poradenské služby začíná dnem doručení všech písemných náležitostí do PPP.

Je-li dítě v péči odborného lékaře (neurologa, logopeda, psychiatra, klinického psychologa, atd.) doporučujeme vzít s sebou k vyšetření jejich aktuální zprávy.

Vaše údaje budeme považovat za přísně důvěrné v souladu s ustanovením Zákona č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů.

Datum:

Podpis:

Upozornění: Pokud Vaše dítě onemocní, informujte nás o této skutečnosti neprodleně. V případě nemoci dítěte nemůže být v daném termínu vyšetření realizováno.