



Centrum pedagogicko-psychologického poradenstva
a prevencie,
M. R. Štefánika 15, 902 01 Pezinok

Prihláška na vyšetrenie

Meno dieťaťa _____

Dátum narodenia _____

Škola _____ Trieda _____

Meno zákonného zástupcu _____

Adresa _____

Telefónne číslo _____

E-mailová adresa _____

Absolvovali v minulosti vyšetrenie ?

Nie

Áno

U koho _____ kedy _____

Stručný popis problému

Dátum prijatej prihlášky _____

Objednané na _____ ku _____

Podpis zákonného zástupcu _____