



CENTRUM
PEDAGOGICKO
PSYCHOLOGICKÉHO
PORADENSTVA A
PREVENČIE
PEZINOK

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

ŽIADOSŤ O PSYCHOLOGICKÉ VYŠETRENIE

Meno dieťaťa: _____

Dátum narodenie: _____

Škola: _____ Trieda: _____

Meno zákonného zástupcu: _____

Adresa: _____

Telefónne číslo: _____

E-mailova adresa: _____

Absolvovali ste v minulosti vyšetrenie ?

Nie

Áno

Kedy _____ U koho _____

Stručný popis problému:

Dátum prijatia žiadosti: _____

Objednané na: _____ ku: _____

Podpis zákonného zástupcu _____