

Vyšetří:
Koordinátor klienta:

Číslo žiadosti:
Dátum:

Žiadosť o posúdenie školskej spôsobilosti

Z dôvodu:

- pokračovania v plnení povinného predprimárneho vzdelávania
- výnimočného prijatia dieťaťa na plnenie povinnej školskej dochádzky

v škole:

Základná škola s materskou školou Samuela Štúra, 916 12 Lubina 1
tľ. 032/777 84 05
zssmsss.lubina@gmail.com

Meno a priezvisko dieťaťa.....

Dátum narodenia

Dieťa je v evidencii poradne: áno / nie

Meno, priezvisko rodiča

Trvalé bydlisko rodiča

Telef. kontakt

Popis ťažkostí dieťaťa:

.....
.....
.....

Návrh na vyšetrenie v CPaP bol prekonzultovaný s rodičmi, ktorí súhlasia s vyšetrením a so zaslaním správy z vyšetrenia.

V, dňa

.....
podpis rodiča

.....
Mgr. Erika Vrzalová, riad. školy