



Žiadosť zákonného zástupcu/klienta o odborné vyšetrenie v CPP Partizánske

Žiadam týmto o vyšetrenie dieťaťa/klienta:

Meno a priezvisko dieťaťa/klienta:

Rodné číslo dieťaťa/klienta:

Dátum narodenia:

Bydlisko:

Tel. číslo:

Škola:

Trieda:

Dôvod vyšetrenia:

.....

.....

.....

V

dňa

.....

podpis zákonného zástupcu/klienta