

Žádost o přijetí do péče SPC

Zákonný zástupce (zletilý klient): _____

Telefon: _____ Email: _____

Datová schránka: _____

Bydliště: _____

Korespondenční adresa (pokud se liší od bydliště): _____

Žádám o přijetí do péče školského poradenského zařízení se zaměřením pro klienty s mentálním postižením a poruchou autistického spektra na základě stanovení diagnózy odborného lékaře:

Klient: Příjmení a jméno dítěte: _____

Datum narození: _____

Bydliště (je-li odlišné od zákonného zástupce): _____

Škola (přesný název MŠ, ZŠ, SŠ): _____

Třída/ročník/obor: _____

Důvod žádosti (stručně popište, co konkrétně potřebujete):

Datum: _____ **Podpis zákonného zástupce/zletilého klienta:** _____

Přílohy (lékařské zprávy):

