



CPP Levoča

Centrum poradenstva a prevencie  
Ružová 91/1, 054 01 Levoča

## Ž I A D O S Ť

O logopedické vyšetrenie \*)

na základe žiadosti zákonných zástupcov/plnoletých klientov/strednej školy\*)

**Základné údaje o dieťati/klientovi:**

Číslo spisu:(uviesť pri kontrolnom vyšetrení).....

Meno a priezvisko dieťaťa: .....

Dátum a miesto narodenia: .....

Rodné číslo: .....Národnosť:.....Štátna príslušnosť: .....

Trvalé bydlisko: .....

Meno matky: .....Vzdelanie: .....

Meno otca: .....Vzdelanie: .....

Kontakt: tel: .....e-mail: .....

**Údaje o základnej/strednej škole\*):**

Názov SŠ: .....

Triedny/a učiteľ/ka: .....

Školský špeciálny pedagóg/psychológ: .....

Miesto, dátum: .....

.....  
Pečiatka a podpis riaditeľa SŠ

So spracovaním osobných údajov uvedených v žiadosti a jej prílohách a ich poskytnutím CPP Levoča **SÚHLASÍM** a vyhlasujem, že som bol(a) poučený(á) o dôsledkoch súhlasu.

\*nehodiace sa preškrtnite

.....  
Podpis rodiča/plnoletého klienta