

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

ŽIADOSŤ

o vykonanie depistáže

Žiadateľ (MŠ/ZŠ):.....

Adresa:.....

Telefonický kontakt:.....e-mail:.....

MŠ: Vek detí:.....Počet detí:.....

ZŠ: Trieda/triedy:.....Počet žiakov:.....

Triedny učiteľ:.....

Cieľ depistáže:

zisťovanie predpokladu špecifických porúch učenia v školskom veku.

Iniciátor žiadosti:

☐ Riaditeľ ☐ Triedny učiteľ ☐ Školský podporný tím

....

Miesto a dátum Pečiatka Riaditeľ