

Názov zariadenia (ZŠ/MŠ/SŠ) alebo meno a adresa zákonného zástupcu dieťaťa:

.....

## Prihláška na psychologické vyšetrenie

Meno a priezvisko dieťaťa (žiaka): ..... Dátum narod.: .....

Rodné číslo: ..... Tel. kontakt (na rodiča): .....

Adresa: .....

Mená rodičov: .....

Navštevuje ZŠ/MŠ/iné zariadenie: ..... Ročník ZŠ: .....

Detský lekár: ..... Triedny učiteľ: .....

Bol(a)/nebol(a) vyšetrený(á) v CPP, ak áno, približne kedy: .....

Vyšetrenie žiada: .....

Dôvod vyšetrenia a podrobný popis ťažkostí v učení alebo v správaní, charakterizujte konkrétne prejavy problémov v učení alebo správaní:

Iné dôležité údaje, postrehy o rodine alebo dieťati priložte k prihláške.

**Návrh na vyšetrenie bol prekonzultovaný s rodičmi, ktorí súhlasia s vyšetrením.**

Dátum vyplnenia prihlášky: .....

.....  
podpis rodiča

.....  
podpis riaditeľa  
a pečiatka zariadenia

**Poznámka:** Vami vyplnené údaje sú dôverné a slúžia k spresneniu diagnostiky a pomoci žiakovi, škole či rodine.

Prihlášku prosíme obratom zaslať do CPP, prípadne osobne odovzdať pracovníkovi  
**Centra poradenstva a prevencie, Hodská 2352/62, 924 81 Galanta,**  
č.tel. 031 780 5614, 0904 555 775, e-mail: [pppgalanta@psychology.sk](mailto:pppgalanta@psychology.sk)

[www.centrumga.sk](http://www.centrumga.sk)

ĎAKUJEME