

Centrum špeciálnopedagogického poradenstva

J. Kráľa 39, 953 01 Zlaté Moravce

tel. - fax: 037/6426077, 0908 533 702, e-mail: [spojenaszm@gmail.com](mailto:spojenaszm@gmail.com); [csppzm@gmail.com](mailto:csppzm@gmail.com)

---

**ŽIADOSŤ O PSYCHOLOGICKÉ VYŠETRENIE**

Meno a priezvisko žiaka: ..... Dátum narodenia: .....

Bydlisko: .....

Zákonný zástupca, tel. číslo: .....

Škola, tel. číslo: .....

Ročník: ..... Rok školskej dochádzky: ..... Opakoval ročník: .....

Stručná charakteristika problémovej situácie dieťaťa (dôvod vyšetrenia): .....

.....

.....

.....

.....

Vyšetrenie sa realizuje na podnet: .....

Súhlas zákonného zástupcu s vyšetrením (podpis): .....

Za školu, zariadenie vybavuje (meno, podpis, pečiatka): .....

.....

V ....., dňa .....

---

**Spracovanie údajov v ČŠPP**

V ČŠPP žiadosť prijal (dátum, podpis): .....

Psychologická diagnostika bude realizovaná dňa: ....., o .....

Psychológom: .....