

ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ PEDAGOGICKO-PSYCHOLOGICKÝCH SLUŽEB

VYJÁDŘENÍ K INDIVIDUÁLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ

Jméno a příjmení dítěte:	
Datum narození:	
Bydliště	
Jméno a příjmení rodiče (zák. zástupce):	
Telefon:	
Škola, kde bude probíhat individuální vzdělávání	
Název:	
Adresa:	
Ročník:	

TERMÍN KONZULTACE K VYJÁDŘENÍ VÁM SDĚLÍME TELEFONICKY.

Datum

Podpis zákonného zástupce