

ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ PEDAGOGICKO-PSYCHOLOGICKÝCH SLUŽEB

**VYŠETŘENÍ ŠKOLNÍ ZRALOSTI
(PŘEDČASNÝ NÁSTUP DO ŠKOLY)**

Jméno a příjmení dítěte:	
Datum narození:	
Bydliště	
Jméno a příjmení rodiče (zák. zástupce):	
Telefon:	
Mateřská škola/ Základní škola (přípravná třída)	
Název:	
Adresa:	

ŽÁDOST ZAŠLETE V MĚSÍCÍCH BŘEZEN AŽ DUBEN NA EMAL ADRESU: usti@pppuk.cz

VYŠETŘENÍ DĚTÍ NA PŘEDČASNÝ NÁSTUP DO ŠKOLY BUDE PROBÍHAT OD KVĚTNA.

NA VYŠETŘENÍ DONESTE ŠKOLNÍ DOTAZNÍK KE ZJIŠTĚNÍ PODÍMÍNEK VZDĚLÁVÁNÍ ŽÁKA V MŠ, KTERÝ VÁM VYPRACUJE MATEŘSKÁ ŠKOLA.

Datum

Podpis zákonného zástupce