



ŽIADOSŤ O ODBORNÚ STAROSTLIVOSŤ

Rodič/ zákonný zástupca/ dotknutá osoba/ klient/ škola/ ÚPSVaR (s písomným súhlasom zák. zástupcu)

.....kontaktoval CPP Dolný Kubín:

(meno a priezvisko)

telefonicky, písomne, osobne, on-line (emailom, elektronickým formulárom)

meno a priezvisko dieťaťa/ klienta:.....**dátum nar.:**.....

adresa bydliska:.....

škola (názov a adresa školy):.....**ročník:**.....

telefonicky kontakt na rodiča/ zákonného zástupcu/ dospelého klienta:.....

dôvod žiadosti:.....

.....

.....

dňa, podpis (kto prijal žiadosť)

pridelený OZ/ koordinátor klienta:.....**dňa:**.....

dátum a čas 1. Stretnutia:.....