**ODPORÚČANIE NA ZARADENIE DO ODBORNEJ STAROSTLIVOSTI**

**V SŠCPaP PRE DETI A ŽIAKOV S AUTIZMOM ALEBO**

**ĎALŠÍMI PERVAZÍVNYMI VÝVINOVÝMI PORUCHAMI.**

Do Stošky 10, 010 04 Žilina – Bánová,

mail: info@poradnabanova.sk,

mobil: 0917 206 559

Odporúčame zaradenie (meno dieťaťa/žiaka)...........................................................................,

dátum narodenia.........................................., bydlisko...............................................................,

do odbornej starostlivosti v Súkromnom špecializovanom centre poradenstva a prevencie pre deti a žiakov s autizmom alebo ďalšími pervazívnymi vývinovými poruchami. Dôvodom je rizikový vývin dieťaťa v zmysle pervazívnej vývinovej poruchy.

................................. .............................................................................................

 dátum meno a podpis lekára alebo odborného zamestnanca CPPPaP

✄-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**ODPORÚČANIE NA ZARADENIE DO ODBORNEJ STAROSTLIVOSTI**

**V SŠCPaP PRE DETI A ŽIAKOV S AUTIZMOM ALEBO**

**ĎALŠÍMI PERVAZÍVNYMI VÝVINOVÝMI PORUCHAMI.**

Do Stošky 10, 010 04 Žilina – Bánová,

mail: info@poradnabanova.sk,

mobil: 0917 206 559

Odporúčame zaradenie (meno dieťaťa/žiaka)...........................................................................,

dátum narodenia.........................................., bydlisko...............................................................,

do odbornej starostlivosti v Súkromnom špecializovanom centre poradenstva a prevencie pre deti a žiakov s autizmom alebo ďalšími pervazívnymi vývinovými poruchami. Dôvodom je rizikový vývin dieťaťa v zmysle pervazívnej vývinovej poruchy.

................................. .............................................................................................

 dátum meno a podpis lekára alebo odborného zamestnanca CPPPaP