 **SÚKROMNÉ ŠPECIALIZOVANÉ CENTRUM PORADENSTVA A PREVENCIE**

 **PRE DETI A ŽIAKOV S AUTIZMOM**

 **ALEBO ĎALŠÍMI PERVAZÍVNYMI VÝVINOVÝMI PORUCHAMI**

 Do Stošky 10, 010 04 Žilina – Bánová

 e-mail: info@poradnabanova.com

mobil: +421 917 206 559

 IČO: 42069351 DIČ: 2022860994

**ŽIADOSŤ**

Žiadam o poskytnutie odborných služieb v Súkromnom špecializovanom centre poradenstva a prevencie pre deti a žiakov s autizmom alebo ďalšími pervazívnymi vývinovými poruchami, Do Stošky 10, 010 04 Žilina – Bánová.

Meno dieťaťa: .........................................................................................................................................,

dátum narodenia:......................................................... rodné číslo:.........................................................,

trvalé bydlisko:........................................................................................................................................,

meno zákonného zástupcu: ...........................................................................tel. číslo:............................,

e-mailový kontakt:...................................................................................................................................,

škola:......................................................................................................................................................,

trieda:.................................................................................................................................................... .

Aktuálna verbálna úroveň dieťaťa:.............................................................................................................

\*Dôvodom mojej žiadosti je záujem o:

**DIAGNOSTICKÉ VYŠETRENIE PORÚCH AUTISTICKÉHO SPEKTRA**

**ŠPECIÁLNOPEDAGOGICKÉ VYŠETRENIE**

(pre potreby škôl: diagnostické / rediagnostické vyšetrenia, podporné opatrenia, asistent učiteľa, odporúčania pre výchovno-vzdelávací proces, posúdenie školskej spôsobilosti pre deti s PAS)

**PSYCHOLOGICKÉ VYŠETRENIE**

(vyšetrenie intelektu, posúdenie aktuálneho psychického stavu klienta / kompenzácie pre potreby ÚPSVaR, profesijná orientácia)

\* Krížikom označte, o aký druh vyšetrenia máte záujem.

\* Môžete označiť viacero možností.

\* V prípade záujmu o iný druh odbornej starostlivosti sú naše služby zverejnené na našej webovej stránke aj s cenníkom

 poskytovaných služieb.

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

 miesto a dátum podpis zákonného zástupcu

Pozn.: Ak niektorý zo zákonných zástupcov nemôže túto žiadosť podpísať, prítomný zákonný zástupca je povinný oboznámiť s uvedenou skutočnosťou aj druhého zákonného zástupcu dieťaťa v zmysle zákona č. 36/2005 Z. z. zákona o rodine a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.