



Žádost zletilého klienta o vyšetření

pro pracoviště:

PPP Kpt. Vajdy 2656/1a
Ostrava - Zábřeh
700 30
tel.: 553 810 700-1
e-mail: posta-zabreh@ppp-ostava.cz

pro pracoviště:

PPP 17. listopadu 1123
Ostrava - Poruba
708 00
tel.: 553 810 750-1
e-mail: posta-poruba@ppp-ostava.cz

Příjmení a jméno klienta: _____

Rodné číslo: _____ /

Adresa bydliště a PSČ: _____

Název školy: _____

Adresa školy: _____

Telefon klienta: _____

E-mail klienta: _____

Ročník: _____

Obor: _____

Třídní učitel: _____

Péče jiného odborníka: _____

Žádám o vyšetření ve věci:

- a) potíže při učení
- b) poruchy chování (ADHD aj.)
- c) kontrolní vyšetření
- d) vztahové problémy - v kolektivu, v rodině
- e) profesní orientace
- f) úprava podmínek maturitní zkoušky
- g) jiný důvod:

Podrobnosti k důvodu vyšetření:*

Datum

Vlastnoruční podpis

*) Doplňte podrobnější informace k důvodu vyšetření - při přechodu na další řádek se pohybujte tabulátorem nebo myší.