



Základní škola a Mateřská škola Supíkovice,  
okres Jeseník, příspěvková organizace,  
Supíkovice 129, 790 51

---

## **ŽÁDOST O VYŠETŘENÍ V PPP**

Žádám o vyšetření svého dítěte v Pedagogicko-psychologické poradně Olomouckého kraje pracoviště Jeseník.

Zároveň uděluji škole souhlas s poskytnutím informací o dítěti důležitých pro vyšetření.

### **ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE - ŽADATEL**

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Adresa:

Telefon:

### **ŽÁK/ŽÁKYNĚ**

Jméno a příjmení:

Třída:

Datum narození:

V ....., dne .....

---

podpis zákonného zástupce dítěte