**Demande de prestation du service de conseil**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Motif de la demande de prestation du service de conseil : | | |
| \*Date de réception de la demande : | | |
| Prénom du client : | Nom du client : | |
| Date de naissance : | | |
| Domicile actuel du client : | | |
| Ecole, classe : | | |
| Examens spécialisés pratiqués précédemment : | | |
| La personne qui demande l‘examen (nom, lien avec le client) : | | |
| Coordonnées téléphoniques : | | |
| E-mail: | | |
| Capacité du client de communiquer en tchèque : | | |
| Capacité des représentants légaux de communiquer en tchèque : | | |
| Recours nécessaire à l‘interprète (vers quelle langue) : | | |
| \*Numéro du dossier : | |
| \*Demande reçue par : | |
| \*Rendez-vous pris avec qui : | |
| \*Date de la visite : | |

\* à remplir par le Centre