**Moлба за предоставяне на консултативна услуга**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Причина на молбата за предоставяне на консултативна услуга: | | |
| \*Дата на приемане на молбата: | | |
| Име на клиента: | Фамилия на клиента: | |
| Дата на раждане: | | |
| Актуален адрес на местоживеене на клиента: | | |
| Училище, клас: | | |
| Предишни специални прегледи: | | |
| За преглед моли (име, взаимоотношение към клиента): | | |
| Tелефонен контакт: | | |
| Имейл: | | |
| Способност на клиента да комуникира на чешки език: | | |
| Способност на законните настойниици да комуникират на чешки език: | | |
| Необходимост от преводач (от какъв език): | | |
| \*Номер на преписка: | |
| \*Молбата е приел: | |
| \*Записан за: | |
| \*Дата на посещение: | |

\*попълва консултативния център