**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