**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