**Клопотання щодо надання консультаційних послуг**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Підстава клопотання щодо надання консультаційних послуг: | | |
| \* Дата прийняття клопотання: | | |
| Ім’я клієнта: | Прізвище клієнта: | |
| Дата народження: | | |
| Сучасне місце проживання: | | |
| Школа, клас: | | |
| Попередні спеціальні обстеження: | | |
| Клопотання щодо проведення обстеження подає (ім’я, відношення до клієнта): | | |
| Телефонний контакт: | | |
| E-mail: | | |
| Здатність клієнта спілкуватися чеською мовою: | | |
| Здатність законних представників спілкуватися чеською мовою: | | |
| Необхідність присутності перекладача (на яку мову): | | |
| \*номер справи: | |
| \*Заяву прийняв: | |
| \*Записаний до: | |
| \*Дата відвідування: | |

\*заповнює консультація