

---

Meno, priezvisko, adresa bydliska, telef. kontakt, emailová adresa zákonného zástupcu žiaka (matka)

---

Meno, priezvisko, adresa bydliska, telef. kontakt, emailová adresa zákonného zástupcu žiaka (otec)

Mgr. Ľuboslava Bieliková  
riaditeľka školy  
ZŠ, P. Jilemnického 1035/2  
960 01 Zvolen

**Prihláška na psychodiagnostické vyšetrenie dieťaťa ako podmienka pre zaradenie do špeciálnej triedy pre žiakov so všeobecným intelektovým nadaním program APROGEN**

Meno a priezvisko dieťaťa: \_\_\_\_\_

**Osobné údaje dieťaťa**

|   |  |
|---|--|
| <b>Dátum narodenia:</b>   | <b>Rodné číslo:</b>                                    |
| <b>Miesto narodenia:</b>  |  |
| <b>Adresa bydliska:</b>   | <b>PSČ:</b>  |
| <b>Zákonný zástupca (matka)</b><br><b>Meno a priezvisko:</b>  | <b>Telefonický kontakt:</b><br><b>Mailový kontakt:</b> |
| <b>Zákonný zástupca (otec)</b><br><b>Meno a priezvisko:</b>   | <b>Telefonický kontakt:</b><br><b>Mailový kontakt:</b> |
| <b>Adresa MŠ, ktorú dieťa navštevuje:</b>   |  |
| <b>Zdôvodnenie záujmu o zaradenie dieťaťa do špeciálnej triedy pre žiakov so všeobecným intelektovým nadaním:</b> |  |

V \_\_\_\_\_ dňa \_\_\_\_\_

Podpisy oboch zákonných zástupcov