První kontakt:

|  |  |
| --- | --- |
| **Jméno dítěte:** |  |
| **Datum narození:** |  |
| **Bydliště:**  |  |
| **Školské zařízení/ročník:****TU:** |  |
| **Předmět žádosti (o co žádají):** |  |
| **Popis problému/obraz zrakové vady:** |  |
| **Oční lékař, ostatní odborní lékaři:** |  |
| **Kdo dítě posílá do SPC pro ZP:** |  |
| **Iniciátor žádosti (vztah k dítěti):** **U matky příjmení, pokud je jiné, než má dítě.** |  |
| **Telefon:** |  |
| **Email:** |  |
| **Datum, kdo vyřizuje:**  |  |
| **Poznámky:****Dotazník do ŠZ – zaslán / nezaslán** |  |

Vyplněním žádosti a jejím zasláním na email: spccb@mybox.cz souhlasíte se zpracováním citlivých a osobních údajů. S údaji bude nakládáno v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů.