



PRVNÍ KONTAKT

KLIENT

Jméno a příjmení:	
Datum narození:	
Adresa bydliště:	

OSOBY ODPOVĚDNÉ ZA VÝCHOVU

matka:	tel:	
otec:	tel:	
sezdání (nehodící škrtněte)	ANO	NE
rozvedeni	ANO	NE
žijí spolu	ANO	NE

Spolupráci doporučil:.....

Základní problematika:

Škola:	Třída:
--------	--------

Vstupní konzultaci provedl:	Dne:	Čas:
-----------------------------	------	------

Datum:

Zapsal(a):