

PŘIHLÁŠKA K ZÁVĚREČNÉ ZKOUŠCE
v programu celoživotního vzdělávání
DPS Doplnující studium speciální pedagogiky - specializace

Příjmení a jméno: UČO:

Rodné příjmení: Titul:

Datum narození: Místo narození:

Kontaktní adresa:

.....

Kontaktní telefon (mobil, e-mail):

Přihlašuji se k závěrečné zkoušce v termínu:

DPS Doplnující studium speciální pedagogiky - specializace (*zakroužkujte zvolenou specializaci*)

1. Logopedie
2. Surdopedie
3. Psychopedie
4. Etopedie
5. Oftalmopedie
6. Somatopedie
7. Specifické poruchy učení

(*specializace 1-6 jsou na Bc. úrovni, specializace 7 je na Mgr. úrovni*)

.....
datum

.....
podpis účastníka CŽV