

Meno a priezvisko zákonného zástupcu: _____

Týmto **dávam súhlas** nižšie uvedenému Centru poradenstva a prevencie
(uviesť názov, adresu, príp. tel. kontakt):

aby poskytlo závery špeciálno-pedagogickej, psychologickej a prípadne
logopedickej diagnostiky s následným odporúčaním pre výchovu a vzdelávanie:

meno a priezvisko dieťaťa: _____

dátum narodenia: _____

bytom: _____

Súkromnej špeciálnej materskej škole Dúhovke, A. Kmeťa 19, 036 01 Martin
za účelom prijímacieho konania.



Miesto, dátum

Podpis zákonného zástupcu

