

Špecializované súkromné centrum poradenstva a prevencie
pre deti a žiakov s narušenou komunikačnou schopnosťou
Štefániková trieda č.5, 949 01 Nitra, Slovakia

ŽIADOSŤ O VYJADRENIE NA ÚČEL POSKYTNUTIA PODPORNÉHO OPATRENIA

Zákonný zástupca:

Meno: Priezvisko:

Adresa trvalého pobytu:

žiadam

podľa §145b zákona č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene
a doplnení niektorých zákonov **o vyjadrenie na účel poskytnutia podporného opatrenia** pre

dcéru/syna:

V

Dátum

vlastnoručný podpis žiadateľa