

P O T V R D E N I E

Svojím podpisom potvrdzujem,

1. že moje dieťa.....narodené..... môže individuálne i skupinovo spolupracovať so psychológom, logopédom, špeciálnym a liečebným pedagógom v rámci zariadenia SMŠ Detské centrum, Blumentálska 16, Bratislava počas celej jeho dochádzky od nástupu do predškolského zariadenia. Odborní zamestnanci sa zaväzujú konzultovať zistenia z diagnostikovania, pozorovania so zákonným zástupcom dieťaťa.

2. že súhlasím so zaslaním správy môjho dieťaťa vypracovanej odborným zamestnancom pre potreby pedagogického zamestnanca SMŠ Detské centrum a odborného zamestnanca zariadenia, lekára, školy alebo CPP.

V Bratislave dňa

.....

Podpis z.z. dieťaťa