

P O T V R D E N I E

Svojím podpisom potvrdzujem,

1. že moje dieťa.....narodené..... môže individuálne i skupinovo spolupracovať so školským psychológom a logopédom v rámci zariadenia SMŠ kvietok, Blumentálska 16, Bratislava počas celej jeho dochádzky od nástupu do predškolského zariadenia. Školský psychológ a logopéd sa zaväzuje konzultovať zistenia z diagnostikovania a pozorovania so zákonným zástupcom dieťaťa.

2. že súhlasím so zaslaním správy môjho dieťaťa vypracovanej školským psychológom alebo logopédom pre potreby odborného zamestnanca zariadenia, lekára, školy alebo CPPP a P.

V Bratislave dňa

.....

Podpis z.z. dieťaťa