

## 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 DC Kvietok, Blumentálska 16, Bratislava počas celej jeho dochádzky od nástupu do ukončenia dochádzky do DC Kvietok. 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 CPPPpP.

V Bratislave dňa .....

.....

Podpis z.z. dieťaťa