



Detské centrum Slniečnica  
Mlynské nivy 44/C, 821 09 Bratislava

## P O T V R D E N I E

**Svojím podpisom potvrdzujem,**

1. že moje dieťa.....narodené..... môže individuálne i skupinovo spolupracovať s odborným zamestnancom (psychológ, logopéd, špeciálny a liečebný pedagóg v rámci zariadenia DC Slniečnica počas celej jeho dochádzky od nástupu do zariadenia pre deti do troch rokov veku dieťaťa. Odborný zamestnanec sa zaväzuje konzultovať zistenia z diagnostikovania, pozorovania, terapie so zákonným zástupcom dieťaťa.

2. že súhlasím so zasláním správy môjho dieťaťa vypracovanej odborným zamestnancom pre potreby zamestnanca DC Slniečnica a odborného zamestnanca zariadenia, lekára, školy alebo CPP.

V Bratislave dňa .....

.....

Podpis z.z. dieťaťa