

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 SMŠ Mlynské Nivy počas celej jeho dochádzky od nástupu do predškolského zariadenia. Odborný zamestnanec sa zaväzuje konzultovať zistenia z diagnostikovania, pozorovania, terapie so zákonným zástupcom dieťaťa.

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

V Bratislave dňa

.....

Podpis z.z. dieťaťa