

## 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 Slniečnica, Mlynské Nivy 44/C, 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 zasláním 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