

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 Slniečnica, Mlynské nivy 44/C, Bratislava počas celej jeho dochádzky od nástupu do ukončenia dochádzky do DC Slniečnica. 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