**Informovaný súhlas zákonného zástupcu**

(pre deti a žiakov, ktoré sú v starostlivosti CŠPP pri Spojenej škole internátnej, Lučenec)

Meno a priezvisko zákonného zástupcu: ...................................................................................

Týmto dávam **súhlas** k tomu, aby ***CŠPP pri Spojenej škole internátnej, Karola Supa 48, 984 03 Lučenec*** poskytlo správy a závery zo špeciálno-pedagogického, psychologického a prípadne logopedického vyšetrenia dieťaťa

meno a priezvisko dieťaťa: ..........................................................................................................

dátum narodenia: ..................................................

bytom: ........................................................................................................................................

**Spojenej škole internátnej, Karola Supa 48, 984 03 Lučenec** pre účely prijímacieho konania z dôvodu overenia jeho zdravotného znevýhodnenia.

V Lučenci, ...................................202...

........................................................

 podpis zákonného zástupcu