

SOUHLAS S VYŠETŘENÍM ŽÁKA
v pedagogicko-psychologické poradně
ve speciálním pedagogickém centru *)

Souhlasíme s vyšetřením našeho dítěte v PPP, v SPC *).

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Školní třída:

ANO - NE *)

V

Dne

.....
podpisy zákonných zástupců

*) nehodící se škrtněte