**Informovaný súhlas zákonného zástupcu**

(pre deti a žiakov, ktoré sú v starostlivosti iného CŠPP)

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

Týmto **dávam súhlas** nižšie uvedenému zariadeniu výchovného poradenstva a prevencie (uviesť názov, adresa, príp. tel. kontakt): ....................................................................................

.....................................................................................................................................................,

aby poskytlo ***závery špeciálno-pedagogickej, psychologickej a prípadne logopedickej diagnózy*** *dieťaťa :*

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

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

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

***Spojenej škole internátnej, Karola Supa 48, 984 03 Lučenec*** za účelom prijímacieho konania.

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

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

 podpis zákonného zástupcu