

ZŠ s MŠ Milana Kolibiara č. 369, Detvianska Huta 96205

Žiadosť o vyšetrenie školskej zrelosti dieťaťa s odloženou povinnou školskou dochádzkou

Meno dieťaťa: nar. v

Bydlisko: tel.:

Vyšetrenie na žiadosť/odporúčanie:

.....
podpis a pečiatka riaditeľa

Dátum:

Vyjadrenie rodiča

k vyšetreniu školskej zrelosti dieťaťa

Súhlasím s vyšetrením môjho dieťaťa

Dátum:

.....
podpis rodiča

Zároveň súhlasím s poskytnutím mojich osobných údajov a osobných údajov môjho dieťaťa
CŠPP pri Špeciálnej základnej škole, Pionierska 850/13, 962 12 Detva

Dátum:

.....
podpis rodiča

V..... dňa.....