

Informovaný súhlas rodiča (zákonného zástupcu)

Podľa §2 písm. y) a § 30 ods. 7 zákona č 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov si Vás týmto dovoľujeme informovať o možnosti poskytnutia psychologickkej, špeciálno-pedagogickkej, sociálno-pedagogickkej a inej odbornej starostlivosti Vášmu dieťaťu u Prevádzkovateľa. Podrobnejšie informácie o psychologickkej, špeciálno-pedagogickkej, sociálno-pedagogickkej a inej odbornej starostlivosti Vám budú poskytnuté v sídle Prevádzkovateľa, telefonicky, formou e-mailu alebo na webovom sídle Prevádzkovateľa: <https://scppmyjava.sk/>

| |
|--|
| Prevádzkovateľ: |
| Názov: Špecializované centrum poradenstva a prevencie pre deti a žiakov s autizmom alebo ďalšími pervazívnymi vývinovými poruchami, M. R. Štefánika 517/23, Myjava |
| Sídlo: M. R. Štefánika 517/23, 907 01 Myjava |
| IČO: 55120199 |

Vyjadrenie zákonného zástupcu dieťaťa

Meno a priezvisko zákonného zástupcu dieťaťa:

.....

Meno a priezvisko dieťaťa:

Dátum narodenia:

Svojím podpisom potvrdzujem, že som bol informovaný o poskytnutí psychologickkej, špeciálno-pedagogickkej, sociálno-pedagogickkej a inej odbornej starostlivosti môjmu dieťaťu u Prevádzkovateľa. Súhlasím, aby sa moje dieťa zúčastňovalo týchto odborných vyšetrení a som riadne poučený o dôsledkoch môjho súhlasu.

V, dňa

.....
podpis zákonného zástupcu dieťaťa