

**Špecializované centrum poradenstva a prevencie
pre deti a žiakov so zrakovým postihnutím
Námestie Štefana Kluberta 2, 054 01 LEVOČA
tel. 053/ 446 4011, scpplevoca@gmail.com**

PRIHLÁŠKA NA PLEOPTICKÉ A ORTOPTICKÉ CVIČENIA

Prihlasujem svoje dieťa na pleoptické a ortoptické cvičenia, ktoré vykonáva Špecializované centrum poradenstva a prevencie pre deti a žiakov so zrakovým postihnutím v Levoči.

Meno a priezvisko dieťaťa:

Dátum a miesto narodenia: Rodné číslo:

Bydlisko:

Dieťa navštevuje MŠ ZŠ

v školskom roku: je v ročníku.

Dátum poslednej návštevy očného lekára:

Zákonný zástupca dieťaťa:

Matka :

Meno a priezvisko: e-mail

Bydlisko: Tel. kontakt:

Otec :

Meno a priezvisko: e-mail

Bydlisko: Tel. kontakt:

Zákonný zástupca (CDR, náhradný rodič a pod.):

Meno a priezvisko: e-mail

Inštitúcia/ adresa: Tel. kontakt:

V..... dňa podpisy zákonných zástupcov: