Žiadateľ……………………………………………………........…………………………………………………………………….

 ŠCPP

pre deti a žiakov so ZP

 Nám. Š.Kluberta 2

 054 01 Levoča

**Vec:    Žiadosť o prijatie dieťaťa za klienta ŠCPaP pre deti a žiakov so ZP**

Žiadam o prijatie môjho  dieťaťa ............................................................  nar. .........................

za klienta Špecializovaného centra poradenstva a prevencie pre deti a žiakov so zrakovým postihnutím, Nám. Š. Kluberta 2, Levoča.

**Dieťa:**

Rodné číslo ..................................................... miesto narodenia .............................................. štátna príslušnosť ...................................................... národnosť ...............................................

Bydlisko ....................................................................................................................................

**Otec:**

Meno a priezvisko ....................................................................... č.tel.: ...................................

Bydlisko .....................................................................................................................................

**Matka:**

Meno a priezvisko ....................................................................... č.tel.: ...................................

Bydlisko .....................................................................................................................................

V ...................... dňa ............................

    podpis zákonného zástupcu:  ...........................................