

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: .....