

Žiadateľ.....

ŠCPaP

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 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: