



**Špecializované centrum poradenstva a prevencie  
pre deti a žiakov so zrakovým postihnutím  
Námestie Štefana Kluberta 2, 05401 Levoča**

**Žiadosť o vyjadrenie k podpornému opatreniu na pomocného vychovávateľa**

Žiadateľ vyjadrenia (meno, priezvisko):

Zákonný zástupca dieťaťa – zástupca zariadenia – pedagogický zamestnanec – odborný zamestnanec<sup>1</sup>

**Žiadam o vyjadrenie k podpornému opatreniu na zabezpečenie pôsobenia pomocného vychovávateľa triede pre žiaka:**

Meno a priezvisko:

Dátum narodenia:

Bydlisko:

V nasledujúcom školskom roku bude žiakom MŠ – ZŠ – ŠZŠ – SŠ - ŠSŠ<sup>2</sup> v ročníku:

Názov a adresa školy:

Dátum:

Podpis

---

<sup>1</sup> Správne podčiarknuť alebo zakrúžkovať

<sup>2</sup> Správne podčiarknuť alebo zakrúžkovať