

Stredná zdravotnícka škola
Vinohradnícka 8A
971 01 Prievidza

ŽIADOSŤ O VYJADRENIE NA ÚČEL POSKYTNUTIA PODPORNÉHO OPATRENIA

Meno: Priezvisko:

Adresa trvalého pobytu:

žiadam

podľa §145b zákona č, 245/2008 o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov **o vyjadrenie na účel poskytnutia podporného opatrenia** pre

dcéru / syna:

V

Dátum

vlastnoručný podpis žiadateľa

Zdôvodnenie žiadosti (nepovinné):

.....

.....

.

.....

.....

.

.....

.....

.

.....

.....

.

.....

.....

.