

ZÁKLADNÍ ŠKOLA CIHELNÍ 1666 KARVINÁ – NOVÉ MĚSTO

Individuální souhlas

Poskytuji souhlas s průběžnou konzultační činností, psychologickým vyšetřením a případnou následnou terapeutickou péčí mého dítěte

jméno dítěte.....

datum narození.....

prováděné školní psycholožkou Alžbětou Al Seify ve školním roce 2011/2012.

Dne:

.....
podpis zákonného zástupce