
Meno a priezvisko zákonného zástupcu žiaka, adresa trvalého bydliska, mailová adresa, telefónne číslo

Stredná zdravotnícka škola
Tajovského 24
974 29 Banská Bystrica

ŽIADOSŤ O POSKYTNUTIE PODPORNÉHO OPATRENIA

Vážený pán riaditeľ,

v súlade s §145, písm. a zákona č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (Školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov Vás týmto žiadam o poskytnutie podporného opatrenia pre

dcéru / syna: žiačku/ žiaka triedy.

podpis žiadateľa

V, dňa

Príloha: Vyjadrenie na účel poskytnutia podporného opatrenia zariadením poradenstva a prevencie – Áno / Nie *

*nehodiace sa prečiarknite!