

ŠCPaP pre deti a žiakov s viacnásobným postihnutím  
Štvrť M.R. Štefánika 12  
984 01 Lučenec

---

## 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):**

.....

.....

.

.....

.....

.

.....

.....

.

.....

.....

.

.....

.....

.