Žák (jméno, třída - obor): ……………………………………..………………………………

Zákonný zástupce (jméno, telefon): ……………………………………………………………

Doručovací adresa: …………………………………………………………………………….

Střední škola a vyšší odborná škola umělecká a řemeslná

ředitelka Mgr. Ing. Jana Porvichová, Ph.D., MBA

Nový Zlíchov 1

150 00 Praha 5

Praha ………………………………….

# Souhlas rodičů nezletilého žáka s konzultací u školního psychologa - psychoterapeuta

Souhlasím s tím, aby školní psycholog – psychoterapeut prováděl pravidelné konzultace vzdělávacích problémů mojí dcery – mého syna.

………………………………………………………………………………………………

Zákonný zástupce (podpis)