

Žiadateľ (meno a priezvisko zákonného zástupcu/plnoletého žiaka/názov školy, adresa)

---

Centrum poradenstva a prevencie  
Ružová 91/1  
054 01 Levoča

## Žiadosť o Vyjadrenie na účel poskytnutia podporného opatrenia

V súlade s §145a, ods. 2 a §145b, ods. 1 a 2 zákona č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov **žiadam o Vyjadrenie na účel poskytnutia podporného opatrenia** pre dieťa/žiaka/plnoletého žiaka v odbornej starostlivosti CPaP Levoča.

Meno a priezvisko: *(dieťaťa/žiaka/plnoletého žiaka)*

Dátum narodenia:

Trvalé/prechodné bydlisko:

Škola: *(napísať názov a adresu školy, školského zariadenia)*

Školský rok: *(napísať školský rok, na ktorý sa žiadosť vzťahuje)*

Ročník: *(napísať ročník, ktorý bude dieťa/žiak/plnoletý žiak navštevovať vo vyššie uvedenom školskom roku)*

Vzdelávací program – ISCED: *(napísať ISCED, ktorý bude dieťa/žiak/plnoletý žiak navštevovať vo vyššie uvedenom školskom roku)*

.....  
Miesto a dátum

.....  
Pečiatka školy

.....  
Žiadateľ