

.....  
Meno, priezvisko, adresa a kontakt rodiča/zákonného zástupcu dieťaťa

ZŠ s MŠ Milana Rastislava Štefánika  
PaedDr. Lenka Kaščáková, PhD. – p. riaditeľka  
Grösslingová 48  
811 09 Bratislava

## **Žiadosť o poskytnutie podporného opatrenia**

V súlade s platnou legislatívou, podľa §145b zákona č.245/2008 o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov, Vás úctivo žiadame o vzdelávanie môjho dieťaťa poskytnutím podporných opatrení v bežnej triede základnej školy:

Meno žiaka:.....

Adresa trvalého pobytu:.....

Dátum narodenia:.....trieda:.....

Po vyšetrení v príslušnom zariadení poradenstva a prevencie boli diagnostikované môjmu dieťaťu špeciálne výchovno – vzdelávacie potreby. Stotožňujem sa so závermi daného zariadenia poradenstva a prevencie. Z ktorých vyplýva, že moje dieťa si vyžaduje zmenu postupov, metód a foriem práce na vyučovaní vrátane vypracovanie individuálneho vzdelávacieho programu.

Za kladné vybavenie mojej žiadosti vopred ďakujem.

V Bratislave dňa.....

S pozdravom

.....  
podpis (zákonný zástupca 1)

.....  
podpis (zákonný zástupca 2)

**Príloha:** Správy s diagnostického vyšetrenia CPaP