

**Základní škola a mateřská škola, Ostrava-Hrabůvka, Mitušova 16,
příspěvková organizace**

Individuální souhlas

Poskytuji souhlas s průběžnou konzultační činností, psychologickým vyšetřením a případnou následnou terapeutickou péčí mého dítěte

jméno dítěte.....

datum narození.....

prováděné školní psycholožkou Alžbětou Al Seify ve školním roce 2016/2017

Dne:

.....
podpis zákonného zástupce