**Plná moc**

**Já, níže podepsaný(á)..............................................................................................................**

Narozen(a).................................................................................................................................

Trvale bytem:............................................................................................................................

**uděluji plnou moc:**

**Panu( paní)...............................................................................................................................**

Narozenému ( narozené)..........................................................................................................

Trvale bytem:...........................................................................................................................

**k tomu, aby mě zastupoval ve věci poskytnutí poradenské služby mému dítěti** –

 jméno a příjmení……………………………………………………………………………….

 datum narození………………………………………………………………………………….

 **ve školském poradenském zařízení při těchto konkrétních úkonech:**

* podání žádosti o vyšetření v PPP
* doprovodu u vyšetření v PPP
* převzetí zprávy a doporučení
* konzultaci výsledků
* následná péče
* - spolupráce   PPP se školou ve prospěch dítěte

Tato plná moc se uděluje na dobu od...........................................do...........................

V .......................................................dne.................................

......................................................

Zmocnitel

Plnou moc přijímám.

V.........................................................dne................................

....................................................

Zmocněnec