**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/SPC
* doprovodu u vyšetření v PPP/SPC
* převzetí zprávy a doporučení
* konzultaci výsledků
* následná péče
* spolupráce PPP/SPC se školou ve prospěch dítěte

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

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

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

Zmocnitel

Plnou moc přijímám.

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

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

Zmocněnec