**SOUHLAS ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE S POZOROVÁNÍM DÍTĚTE VE VÝUCE**

Já, níže podepsaná/ý \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, zákonný zástupce \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, narozené/ho dne \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tímto vyjadřuji souhlas s tím, aby ze strany odborného pracovníka Křesťanské pedagogicko-psychologické poradny Brno proběhlo pozorování žáka ve vyučování, a to ve dni/dnech a hodinách, které budou dohodnuty mezi poradnou a školou, kterou můj syn/dcera navštěvuje.

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dne\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 podpis zákonného zástupce