

## POTVRDENIE LEKÁRA O DIAGNÓZE intelektuálne (mentálne) znevýhodnenie pre:

MENO a PRIEZVISKO: \_\_\_\_\_

DIAGNÓZA: \_\_\_\_\_

NÁZOV ORGANIZÁCIE (klub, škola, DSS, CSS, CVČ) / INDIVIDUÁLNEHO ČLENA (rodinná prihláška):

\_\_\_\_\_

TELEFONICKÝ A EMAILOVÝ KONTAKT na organizáciu / individuálneho člena:

\_\_\_\_\_

MENO, PRIEZVISKO lekára: \_\_\_\_\_

TELEFONICKÝ KONTAKT na lekára: \_\_\_\_\_

**PEČIATKA a PODPIS LEKÁRA:**

