



STŘEDISKO VÝCHOVNÉ PÉČE DOMAŽLICE

Kozinova 101, 344 01 Domažlice

tel.: 774 735 265, 774 717 526

email: info@svp-domazlice.cz

Jméno a příjmení rodiče/OOV – žadatele, datum narození:

.....
.....

Žádám pro svého syna/dceru nar.

v době internátního pobytu ve Středisku výchovné péče Domažlice o:

podávání medikace:

- v rozsahu
- v rozsahu
- v rozsahu
- v rozsahu
- v rozsahu
- v rozsahu

Dále žádám o zajištění následujících zdravotních výkonů, ev. uvolnění dítěte v době těchto zdravotních úkonů:

V Domažlicích dne

.....
podpis žadatele