Základní škola a mateřská škola Častolovice

Komenského 209

Častolovice

517 50

**Žádost o povolení IVP**

Žádám o povolení IVP pro…………………………………………………………………….., nar………………………………………

Při vyšetření v PPP ……………………………..……………………………….. bylo ……………………………………………………..

doporučeno realizovat IVP.

Přikládám originál zprávy vyšetření PPP.

……………………………………………

podpis rodičů

V Častolovicích ………………………….