

# PLNÁ MOC

Já, níže podepsaný/á

\_\_\_\_\_, narozen \_\_\_\_\_,

trvale bytem \_\_\_\_\_

**uděluji plnou moc**

\_\_\_\_\_, narozen \_\_\_\_\_,

trvale bytem \_\_\_\_\_

**k tomu, aby mě zastupoval ve věci:**

doprovod mého syna/mé dcery \_\_\_\_\_, narozen \_\_\_\_\_,

na vyšetření do Speciálně pedagogického centra Jedličkova ústavu a škol, sídlem Na Topolce 1350/1, Praha 4, 140 00, poskytnutí osobních údajů o dítěti do anamnézy dítěte, informování o prospěchu dítěte, předání nezbytné lékařské dokumentace dítěte pracovním SPCentra (příp. jiné – DOPLŇTE, PROSÍM, KONKRÉTNÍ ÚKONY)

**v plném rozsahu a bez jakýchkoliv omezení mým jménem.**

Tato plná moc se uděluje od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_

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

Podpis zmocnitele: \_\_\_\_\_

Výše uvedené zmocnění přijímám:

Podpis zmocněnce: \_\_\_\_\_