



Dětský
diagnostický ústav

Středisko
výchovné péče

Základní škola
a školní jídelna

PLNÁ MOC

Zplnomocňuji: pana/ paní
vztah k dítěti
číslo OP:

k návštěvám /vyzvedávání/ mé dcery/ syna
v současné době na pobytu v Dětském diagnostickém ústavu a SVP v Plzni.

datum narození:

trvalý pobyt:

bydliště:

Na společnou vycházku, pobyt v rodině, k lékařské prohlídce, jiné:

.....
dne

Se zplnomocněním souhlasím a po odchodu s dítětem ze zařízení za něj přebírám plnou
zodpovědnost.

V dne

.....
podpis zplnomocněného

.....
podpis zákonného zástupce – zplnomocňujícího