



# STŘEDISKO VÝCHOVNÉ PÉČE

Dukelská 1704/23A • České Budějovice • 370 01

---

## Žádost o dobrovolný terapeuticko-diagnostický pobyt v SVP

Jméno a příjmení: ..... Datum narození: .....

Místo narození: ..... Trvale bytem .....

.....

### zastoupený zákonnými zástupci

Jméno a příjmení: ..... Datum narození: .....

Trvale bytem (pokud se liší): .....

Tel: ..... e-mail: .....

Jméno a příjmení: ..... Datum narození: .....

Trvale bytem (pokud se liší): .....

Tel: ..... e-mail: .....

### tímto žádají

o dobrovolný terapeuticko-diagnostický v SVP, v souladu s ustanovením § 17 zákona č. 109/02 Sb., na základě doporučení vycházejícím z výsledků ambulantních služeb.

**Žádost sepsána v ..... dne .....**

Podpis zákonných zástupců .....

---

Vyjádření SVP: souhlasím - nesouhlasím s dobrovolným terapeuticko-diagnostickým pobytem nezletilé/ho/.

Zdůvodnění případného nesouhlasu s pobytem:

České Budějovice .....

Mgr. Bc. Dvořák Martin  
vedoucí