**MŠ .....................................................................................................**

***Zoznam detí, ktoré využívajú asistentov učiteľa pre deti so zdravotným znevýhodnením:***

**Asistenti učiteľa pre deti so ZZ v MŠ v rámci projektu PoP II:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Meno Priezvisko asistenta** | **Meno Priezvisko dieťaťa** |
|   |   |
|   |   |
|  |  |
|  |  |

**Asistenti učiteľa pre deti so ZZ v MŠ financovaní zo ŠR:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Meno Priezvisko asistenta** | **Meno Priezvisko dieťaťa** |
|   |   |
|   |   |
|  |  |
|  |  |

**V ..................................., dňa ...............................**

**Meno a priezvisko štatutárneho zástupcu ..............................**

**Pečiatka a podpis štatutárneho zástupcu**