**SŠ .....................................................................................................**

***Zoznam žiakov, ktorí využívajú asistentov učiteľa pre žiakov so zdravotným znevýhodnením:***

**Asistenti učiteľa pre žiakov so ZZ v SŠ v rámci projektu PoP II:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Meno Priezvisko asistenta** | **Meno Priezvisko žiaka** |
|   |   |
|   |   |
|  |  |
|  |  |

**Asistenti učiteľa pre žiakov so ZZ v SŠ financovaní zo ŠR:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Meno Priezvisko asistenta** | **Meno Priezvisko žiaka** |
|   |   |
|   |   |
|  |  |
|  |  |

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

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

**Pečiatka a podpis štatutárneho zástupcu**