Středisko výchovné péče Valašské Meziříčí

 ***Králova 370, 757 01 Valašské Meziříčí***

***tel.fax: 571 614 575, e-mail: psycholog@svpvm.cz***

Příjem klienta – klientky:

Jméno klienta - klientky:......................……………………… nar.: ……………………….…

Při příjmu klienta – klientky do péče SVP byly předány tyto doklady a věci:

očkovací průkaz

průkaz zdravotní pojišťovny

osobní věci klienta / dle seznamu /

jiné doklady ..............................................................................................................................

jiné cenné věci ..........................................................................................................................

Předal : ……………………………………………. podpis: ……………………………

Převzal : …………………………………………… podpis: ……………………………

Poznámka:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prohlášení:

Prohlašuji tímto, že v naší rodině a v nejbližším okolí se nevyskytuje žádné infekční onemocnění.

 ...............……………………………………

 podpis zákonného zástupce klienta - klientky

Ve Valašském Meziříčí dne …………………………….