Vedení

Střediska výchovné péče Valašské Meziříčí

Králova 370

757 01 Valašské Meziříčí

Jméno a příjmení žadatele: …..…………………………………………………………………

Adresa bydliště žadatele: ……………………………………………………………………….

Žádám pro svého syna/dceru ……………………………………………nar. …………………

v době pobytu ve Středisku výchovné péče Valašské Meziříčí o:

* Podávání medikace: …………………………….…v rozsahu………………………….

 ………………………………. v rozsahu…………………..……..

 ………………………………..v rozsahu……………………..…..

 ……………………………..…v rozsahu…………..……………..

 ………………………………..v rozsahu…..……………………..

 ………………………………..v rozsahu……..…………………..

* Zajištění zdravotních výkonů: …………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………….

Ve Valašském Meziříčí dne ………………………….

 …………………………………

 žadatel