**Uviesť presný názov vašej školy ........................................................................................**

**Zoznam žiakov/detí, ktorí využívajú pedagogického asistenta pre žiakov/detí so zdravotným znevýhodnením:**

**Pedagogický asistent pre žiakov/deti so ZZ v rámci projektu NP POP 3 :**

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

**Pedagogický asistent pre žiakov/deti so ZZ financovaní zo ŠR:**

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

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

Meno a priezvisko/podpis + pečiatka

riaditeľa/riaditeľky školy a/alebo zriaďovateľa