



Spolufinancováno
Evropskou unií

jihomoravský kraj



POTVRZENÍ KVALIFIKOVANÉHO ODBORNÍKA

Jméno a příjmení:	
Datum narození:	Trvalé bydliště:
Výše jmenovaný/á je osobou s mentálním postižením lehkého a středního stupně nebo v jeho kombinaci s tělesným postižením. ANO - NE * *nehodící škrtněte	
Datum:	Razítko a podpis: