



**ODÚ Központ**  
6723 Szeged, Gáspár Z. u. 7/C.  
Adósz.: 18470226-1-06  
Tel./fax: 06-62-555-615  
Mobil: 06-70/6994858  
info@odukozpont.hu

---

## Nyilatkozat

Alulírott,.....lakcím:.....  
kérem, hogy ..... nevű gyermekem (születésének helye,  
ideje:....., anyja neve:.....,  
állampolgársága:.....) pedagógiai szakszolgálati ellátásban (nevelési  
tanácsadásban, gyógypedagógiai-pszichológiai utánpótlásban) részesüljön a  
...../.....-os tanévben az Odú Központban.

Kelt: Szeged, .....év.....hó.....nap

.....

intézményvezető

.....

szülő