



PRIHLÁŠKA NA ŠPECIÁLNO-PEDAGOGICKÉ VYŠETRENIE

Prosíme o dôsledné vyplnenie prihlášky, ináč Vám bude vrátená !

Meno a priezvisko žiaka:

Dátum narodenia: Rodné číslo:

Názov a presná adresa školy (MŠ, ZŠ, ŠZŠ, SŠ, SOŠ, ...):

Meno a priezvisko zákonného zástupcu žiaka:

Bydlisko: telefón na rodiča:

Trieda: Opakoval ročník: NIE - ÁNO (ktorý):

Forma vzdelávania (označte aktuálnu): špeciálna trieda

integrácia / začlenenie

iná forma (aká):

Dôvod Vašej žiadosti o vyšetrenie. Ide o:

- prvé vyšetrenie – dôvod (školská zrelosť, ťažkosti v učení, problémy v správaní, iné)

.....

- kontrolné vyšetrenie – plánované / po koľkých mesiacoch / rokoch

.....

- kontrolné vyšetrenie – z dôvodu zhoršenia / zlepšenia stavu / návrhu na integráciu / zrušenie integrácie

.....

- návrh iného odborníka (akého) - dôvod

.....

- iné

.....

Ak je dieťa zaradené do špeciálnej triedy, školy alebo individuálne integrované, uveďte dôvody zaradenia a špecifikujte ich podrobnejšie:

- poruchy učenia – uveďte aké

- poruchy správania – uveďte aké

- zmyslové postihnutie - uveďte aké

- mentálne postihnutie – uveďte aké

- sociálne dôvody – uveďte aké

- iné – uveďte aké.....

Kedy a u koho bolo naposledy dieťa na psychologickom vyšetrení, špeciálno-pedagogickom vyšetrení, resp. inom odbornom vyšetrení:

.....
(priložte kópie správ z odborných vyšetrení alebo upozornite rodičov, aby ich doniesli osobne na vyšetrenie)

Známky na vysvedčení za posledný polrok (základné predmety a správanie):

.....
.....
.....

Dôležité informácie o jeho vzdelávaní a správaní v škole (v čom sú najväčšie problémy, čím presnejšie to uvediete, tým lepšie Vám vieme pomôcť):.....

.....
.....
.....
.....

Dôležité informácie o sociálnom prostredí dieťaťa (ak sú pedagógovi známe):

.....
.....

Prostredie, v ktorom dieťa vyrastá (obaja alebo jeden z rodičov, či vyrastá u iných príbuzných, počet súrodencov dieťaťa, koľkí žijú v spoločnej domácnosti s dieťaťom ...):.....

.....
.....

Pomoc pri učení (kto sa s ním učí, ako dlho, s akými výsledkami ...):

.....
.....

.....
dátum

.....
podpis pedagóga / OZ školy

.....
priamy kontakt na pedagóga / OZ školy

Súhlas zákonného zástupcu / plnoletého žiaka:

- so psychologickými a inými diagnostickými/odbornými vyšetreniami
- so zhotovením, priložením a uchovaním kópií správ z posledných odborných (lekárskych) vyšetrení v osobnom spise klienta
- so zaslaním správy z odborného vyšetrenia/ z vyšetrení priamo do školy

Svojím podpisom potvrdzujem, že som bol **oboznámený o spracovaní osobných údajov** v zmysle zákona č. 245/2008 o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov, ktoré sú zverejnené na webovom sídle CŠPP (www.cspk.sk), Bocatiova 1 v Košiciach a na nástenke vo vstupných priestoroch centra.

Prehlasujem, že vyššie uvedený žiak nie je evidovaný v inom poradenskom zariadení a súhlasím s jeho zaradením do starostlivosti centra.

.....
dátum

.....
podpis zákonného zástupcu / plnoletého žiaka