



CENTRUM ŠPECIÁLNO-PEDAGOGICKÉHO PORADENSTVA

Bocatiova 1, 040 01 Košice

tel. 055 / 796 12 11, fax 055 796 12 12, e-mail: csppke@csppke.sk, www.csppke.sk

PRIHLÁŠKA NA PSYCHOLOGICKÉ 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, SZŠ, 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

.....

- ❖ 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 osobne doniesli na vyšetrenie)

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

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

Dôležité informácie o jeho vzdelávaní a správaní v škole:

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

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 ČŠPP (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