

Prihláška na špeciálno-pedagogické vyšetrenie

Meno a priezvisko dieťaťa:
nar.: rodné číslo: zdrav. poisťovňa:
Meno otca: Meno matky:
Bydlisko: trieda:
Škola: triedny učiteľ
Opakuje ročník: áno nie Rok školskej dochádzky:

Dôvod vyšetrenia: * diagnostika * rediagnostika * poruchy učenia * rané poradenstvo
/podčiarknite/ * školská zrelosť * logopedická diagnostika

Druh ťažkostí /podrobný opis ťažkostí v učení a v správaní/:

Je dieťa pod lekársnym dohľadom? /prečo, kde/:

Dieťa bolo psychologicky vyšetrené /kedy, kde- uviesť dátum/:

Prosíme doložiť k prihláške na vyšetrenie kópiu psychologického vyšetrenia,
bez kópie psychologického vyšetrenia dieťa nemôže byť vyšetrené v SCŠPP

Dieťa navštevuje poradňu /akú/:

Vyšetrenie žiada – odporúča /podčiarknite/

MŠ, ZŠ, SZŠ, SŠ, rodič, pediater, iné.

Súhlas rodiča s vyšetrením a s použitím osobných údajov dieťaťa v zmysle zákona č. 482/2002 Z. z., o ochrane osobných údajov zaradením do klientely CŠPP, s vyšetreniami a so zaslaním správ inštitúciám.

S vyšetrením súhlasím:

Podpis rodiča

.....
Triedny učiteľ

.....
Podpis a pečiatka riad. školy

Predvolaný na deň: