

PRIHLÁŠKA NA ODBORNÉ VYŠETRENIE

Meno a priezvisko dieťaťa.....Dátum narodenia.....
Rodné čísloPresná adresa bydliska.....
Škola Trieda Triedny učiteľ'
Zákonní zástupcovia dieťaťa (meno a priezvisko)
Kontakt na zákonného zástupcu (tel.č./email)
Dieťa pochádza zo sociálne znevýhodneného prostredia **áno - nie**

Vyplňa sa iba v prípade, že ide o dieťa/žiaka so zdravotným znevýhodnením/postihnutím

Ročník Rok PŠD..... Forma vzdelávania.....
Zdravotné znevýhodnenie/postihnutie dieťaťa
Dieťa je vzdelávané podľa programu

Popis ťažkostí dieťaťa (dôvod vyšetrenia):

1. V správaní:

2. V učení:

3. Rediagnostika: dôvod

4. Školská zrelosť:

Pokračovanie plnenia povinného predprimárneho vzdelávania: **áno – nie**

Dieťa bolo psychologicky vyšetrené: **áno – nie**

Rok vyšetrenia:

Číslo karty:

Špeciálnopedagogicky vyšetrené: **áno – nie**

Rok vyšetrenia:

s ú h l a s í m

so zaslaním prihlášky na psychologické, špeciálno-pedagogické a iné odborné vyšetrenie môjho dieťaťa.

Prehlasujem, že som bol oboznámený s informáciami podľa článku 13 Nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov. Bližšie informácie k Ochrane osobných údajov nájdete na našom webovom sídle www.cppsnav.eu v priechniku Ochrana osobných údajov.

Dátum: Čitateľný podpis zákonného zástupcu dieťaťa:

Prihlášku vyplnil:

Pečiatka a podpis riaditeľa školy

Súčasťou prihlášky na odborné vyšetrenie je vyplnený „Školský záznam o žiakovi“ !

Objednané dňa:

Absencie:

Potrebné vyplniť aj 2. stranu →

Podporné opatrenie/opatrenia realizované v škole (označiť X):

a)	Poskytovanie výchovy a vzdelávania na základe úpravy cieľov, metód, foriem a prístupov vo výchove a vzdelávaní
b)	Poskytovanie výchovy a vzdelávania na základe úpravy obsahu výchovy a vzdelávania a hodnotenia výsledkov dosiahnutých deťmi alebo žiakmi vo výchove a vzdelávaní
c)	Zabezpečenie činností na rozvoj pohybovej schopnosti, zmyslového vnímania, komunikačnej schopnosti, kognitívnej schopnosti, sociálno-komunikačných zručností, emocionality a sebaobsluhy
d)	Činnosť na podporu dosahovania školskej spôsobilosti
e)	Zabezpečenie poskytovania kurzu vyučovacieho jazyka školy alebo inej podpory pri osvojovaní si vyučovacieho jazyka školy
f)	Zabezpečenie doučovania alebo cieleného učenia na dosiahnutie najvyššieho individuálneho kognitívneho potenciálu dieťaťa alebo žiaka
g)	Skvalitnenie podmienok výchovy a vzdelávania žiakov zo sociálne znevýhodneného prostredia
h)	Zabezpečenie vzdelávania sa vo vyučovacom predmete alebo vo vzdelávacej oblasti vo vyššom ročníku
i)	Zabezpečenie osobitných foriem komunikácie dieťaťa so zdravotným postihnutím alebo žiaka so zdravotným postihnutím so školou alebo so školským zariadením
j)	Činnosť na podporu sociálneho zaradenia
k)	Činnosť na podporu predchádzania ukončenia školskej dochádzky v nižšom ako poslednom ročníku základnej školy alebo strednej školy
l)	Špecializované kariérové poradenstvo
m)	Zabezpečenie pôsobenia pedagogického asistenta v triede
n)	Poskytovanie zdravotnej starostlivosti
o)	Zabezpečenie sebaobslužných úkonov v čase výchovno-vzdelávacieho procesu
p)	Poskytnutie špeciálnych edukačných publikácií a kompenzačných pomôcok
q)	Zabezpečenie úpravy priestorov školy určených na podporu vnímania a nadobúdanie zručností
r)	Odstraňovanie fyzických bariér v priestoroch školy alebo školského zariadenia a organizačných bariér pri výchove a vzdelávaní
s)	Zabezpečenie diétného stravovania
t)	Prevenca na podporu fyzického zdravia, duševného zdravia a prevencia výskytu rizikového správania
u)	Krízová intervencia

ŽIADOSŤ O VYJADRENIE NA ÚČEL POSKYTNUTIA PODPORNÉHO OPATRENIA

Meno a priezvisko žiadateľa (zák. zástupcu)

Adresa trvalého pobytu:

žiadam

podľa §145b zákona č, 245/2008 o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov **o vyjadrenie na účel poskytnutia podporného opatrenia** pre svoju dcéru / syna,

Meno a priezvisko dieťaťa:

V

Dátum

.....
vlastnoručný podpis žiadateľa (zák. zástupcu)