CENTRUM PORADENSTVA A PREVENCIE
Letná 66, 052 01 Spišská Nová Ves
Elokované pracovisko, Štefánikovo námestie 5, 052 01 Spišská Nová Ves
tel.: 0911 010 223, 0911 010 224 e-mail: info@cppsnv.eu web: www.cppsnv.eu

ANAMNESTICKÝ HÁROK K INDIVIDUÁLNEJ DIAGNOSTIKE PREDŠKOLSKÝCH DETÍ *

1. ÚDAJE O DIEŤATI

Meno a priezvisko: ..... Dátum narodenia / rodné číslo: .....
Adresa bydliska: .....
Navštevovaná MŠ: .....

2. RODINNÉ ÚDAJE

Rodičia / zákonní zástupcovia:

	OTEC	MATKA
Meno a priezvisko		
Rok narodenia		
Najvyššie dosiahnuté vzdelanie (uvedie MŠ, resp. rodič pri konzultácii s CPP)		

3. OSOBNÁ A PREDŠKOLSKÁ ANAMNÉZA *(Podčiarknite vyhovujúcu možnosť alebo doplňte údaje podľa potreby.)*

MŠ navštevuje dieťa od: .....
Adaptácia na MŠ: bez ťažkostí
s ťažkosťami, uveďte akými: .....

Vzťah k rovesníkom:
bezprostredný zdržanlivý bojazlivý útočný nepriateľský začlenené v kolektíve
izoluje sa od spolužiakov zapája sa do konfliktov zapája sa / nezapája sa do skupinových aktivít MŠ

Citové prejavy/správanie:
Veselé smutné vyrovnané časté zmeny nálad precitlivelé vzdorovité agresívne
bojazlivé utlmené živé/neobsedí komunikatívne tiché, málo komunikuje
ťažko si zvyká na nové veci
Pozornosť pri riadených úlohách: sústredí sa / nesústredí sa
vypracuje / nevypracuje zadávané úlohy v MŠ samostatne

Sebaobsluha (v stravovaní, obliekaní): samostatné občas vyžaduje pomoc nesamostatné
Výslovnosť: čistá porucha výslovnosti niektorých hlások..... zajakávanie
Logopedická starostlivosť: Áno Nie
Vidí vaše dieťa dobre? Áno Nie Ak áno, nosí okuliare? Áno Nie
Počuje vaše dieťa dobre? Áno Nie

Iné dôležité údaje o dieťati (zdravotný stav, zvláštnosti a pozoruhodnosti, atypické prejavy a symptómy, atypická rodinná situácia – vyplniť v prípade potreby)
.....
.....
.....
.....

*anamnestický hárok vypĺňa ideálne učiteľ dieťaťa v MŠ v spolupráci so ZZ dieťaťa

CENTRUM PORADENSTVA A PREVENCIE
Letná 66, 052 01 Spišská Nová Ves
Elokované pracovisko, Štefánikovo námestie 5, 052 01 Spišská Nová Ves
tel.: 0911 010 223, 0911 010 224 e-mail: info@cppsnv.eu web: www.cppsnv.eu

INFORMOVANÝ SÚHLAS RODIČA (zákonného zástupcu)

V zmysle § 2, písmena y, Zákona č. 245/2008 Z.z.

Meno a priezvisko dieťaťa..... Dátum narodenia.....
Presná adresa bydliska ..... Rodné číslo.....
Názov materskej školy .....
Zákonný zástupca dieťaťa (meno a priezvisko).....
Kontakt na zákonného zástupcu (tel.č. / email) .....

s ú h l a s í m - n e s ú h l a s í m

- s účasťou môjho dieťaťa na **skupinovej depistáži a následnom individuálnom orientačnom vyšetrení** realizovanom odbornými zamestnancami CPP

s ú h l a s í m - n e s ú h l a s í m

- s prijatím môjho dieťaťa do odbornej starostlivosti CPP vyplývajúcej z tohto vyšetrenia

s ú h l a s í m - n e s ú h l a s í m

- aby pracovník CPP osobne konzultoval s pedagógom MŠ spôsob ďalšej výchovy a vzdelávania dieťaťa do nástupu do ZŠ

Skupinová depistáž a individuálne orientačné posúdenie vývinu detí predškolského veku je odbornými zamestnancami CPP SNV realizovaná už mnoho rokov priamo v prostredí MŠ. Hlavným cieľom je pomôcť zákonným zástupcom detí a pedagogickým zamestnancom MŠ získať spätnú väzbu o tom, ktoré oblasti vývinu detí je potrebné stimulovať tak, aby sa uľahčil ich štart vo výchovno-vzdelávacom procese po nástupe do ZŠ. Výsledkom a benefitom tejto odbornej činnosti je na báze odborných odporúčaní zamestnancov CPP- lepšia adresná pomoc pri príprave konkrétnych detí do ZŠ v prostredí materskej školy, možnosť individuálnej konzultácie zákonného zástupcu dieťaťa s odborným zamestnancom CPP o výsledkoch odborných zistení týkajúcich sa každého dieťaťa osobitne, spojené s usmernením rodiča smerom k príprave dieťaťa do školy, a tiež kvalitatívny výstup pre MŠ.

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.cppsnv.eu v priečinku Ochrana osobných údajov.

V ....., dňa..... podpis.....