

Škola (názov, adresa):.....

ŽIADOSŤ PRE ŠZŠ a ŠT ZŠ:

1. O psychologické vyšetrenie/konzultáciu
2. O špeciálno – pedagogické vyšetrenie/konzultáciu
3. O logopedické vyšetrenie/konzultáciu

Centrum poradenstva a prevencie
Kpt. Nálepku 1057/18, 075 01 Trebišov
tel.: 056/6723876, 0911/371767, e-mail: poradna@poradnatrebisov.sk
elokované pracovisko: Poľná 1, 075 01 Trebišov, tel.: 056/6685385, e-mail: elcpp@poradnatrebisov.sk
web: www.poradnatrebisov.sk

Meno a priezvisko žiaka/žiačky:	
Dátum a miesto narodenia:	
Rodné číslo:	
Materinský jazyk:	
Štátna príslušnosť/národnosť:	
Bydlisko (presná adresa):	
Meno triedneho učiteľa:	
Ročník:	

Druh ťažkostí (podrobný opis ťažkostí):

- v učení:

- v správaní:

Žiak/žiačka už bol/a psychologicky/ logopedicky/ špeciálno-pedagogicky vyšetrený/á (kedy, kde):
.....

Žiak/žiačka je, podľa nižšie uvedených kritérií, zo **sociálne znevýhodneného prostredia**:

ÁNO / NIE (*podčiarknite ÁNO alebo NIE a zakrúžkujte príslušné kritériá*)

1. rodina, v ktorej žiak/žiačka žije, neplní základné funkcie: socializačno – výchovnú, emocionálnu a ekonomickú,
2. chudoba a hmotná núdza rodiny,
3. aspoň jeden z rodičov je dlhodobo nezamestnaný, patrí k znevýhodneným uchádzačom o zamestnanie,
4. nedostatočné vzdelanie zákonných zástupcov – aspoň jeden z rodičov nemá ukončené základné vzdelanie,
5. nevyhovujúce bytové a hygienické podmienky, v ktorých žiak/žiačka vyrastá – absencia miesta na učenie, posteľ, elektrickej prípojky, pitnej vody, WC,
6. vyučovací jazyk školy je iný ako jazyk, ktorým žiak/žiačka hovorí v domácom prostredí
7. rodina žiaka/žiačky žije v segregovanej komunite,
8. sociálne vylúčenie komunity alebo rodiny žiaka/žiačky z majoritnej spoločnosti.

.....
dátum vyplnenia

.....
podpis tr. učiteľa/VP

.....
podpis riaditeľa a
pečiatka školy

Školský záznam o žiakovi/žiačke

1. Priebeh školskej dochádzky

vek pri vstupe žiaka/žiačky do školy:
ročník (ročníky), ktoré žiak/žiačka opakoval/a:
rok školskej dochádzky žiaka/žiačky:
dlhšia absencia (trvanie, príčina):
zmena školy:

2. Telesné zvláštnosti žiaka/žiačky

žiak/žiačka zle vidí alebo počuje:
žiak/žiačka má narušenú komunikačnú schopnosť:
žiak/žiačka má telesné postihnutie:
žiak/žiačka má iné trvalé zdravotné problémy:

3. Žiak/žiačka v procese vyučovania a výchovy:

- **Prispôsobenie sa žiaka/žiačky školskému prostrediu:**

- **Postavenie žiaka/žiačky v triednom kolektíve:**

- **Správanie sa žiaka/žiačky (k vyučujúcim, k spolužiakom):**

- **Príčiny uvedených problémov u žiaka/žiačky podľa pedagóga:**

- **Podniknuté opatrenia na prekonanie ťažkostí žiaka/žiačky a dosiahnuté výsledky:**

- **Očakávania pedagóga od odborného zamestnanca CPP:**

Rodinné prostredie žiaka/žiačky

Meno otca/zák. zástupcu: Dátum narodenia:
Právny vzťah k dieťaťu (napr. otec, matka, stará matka, náhradná osobná starostlivosť, pestúnska starostlivosť a pod.):
Adresa trvalého pobytu:
Tel. kontakt na rodiča/zák. zástupcu:

Meno matky/zák. zástupcu: Dátum narodenia:
Právny vzťah k dieťaťu (napr. otec, matka, stará matka, náhradná osobná starostlivosť, pestúnska starostlivosť a pod.):
Adresa trvalého pobytu:
Tel. kontakt na rodiča/zák. zástupcu:

1. Počet súrodencov:

Poradie dieťaťa medzi súrodencami:

2. Rodinná situácia: úplná rodina – rodičia rozvedení – nevlastná/ý matka/otec – úmrtie matky/otca – matka/otec nežije s rodinou – ústavná starostlivosť – CDR/profesionálna rodina – iné (uviesť konkrétne):

.....
.....

3. Rodinná výchova: primerane stimulujúca – rozmaznávajúca – zanedbávajúca – autoritatívna - ohrozujúca vývin, lebo (uviesť konkrétne):

.....
.....

4. Kontakt rodiny so školou: dobrý – príležitostný – žiadny – konfliktný, lebo (uviesť konkrétne):

.....
.....

Poznámka:

Všetky informácie uvedené pedagógom v prihláške pomôžu pri vytváraní obrazu o žiakovi/žiačke, pri riešení jeho/jej problémov a sú dôverné. Preto Vás prosíme, v rámci možností, vyplňte prihlášku kompletne, v opačnom prípade vám prihlášku vrátíme na doplnenie, čím sa predĺži lehota jej vybavenia.

INFORMOVANÝ SÚHLAS ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU SO PSYCHOLOGICKÝM/ LOGOPEDICKÝM/ ŠPECIÁLNO-PEDAGOGICKÝM VYŠETRENÍM

V zmysle zákona SR č. 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov a zmien, ako aj o zmene a doplnení niektorých zákonov s ohľadom na Nariadenie Európskeho parlamentu a rady (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov (ďalej len Nariadenie GDPR) a taktiež v zmysle zákona č.245/2008 Z.z. Zákon o výchove a vzdelávaní (školský zákon) v znení neskorších predpisov a zmien, ako aj o zmene a doplnení niektorých zákonov pre prevádzkovateľa – názov, adresa, IČO/DIČ školského zariadenia:

Centrum poradenstva a prevencie, Kpt. Nálepku 1057/18, Trebišov, Slovenská
republika, IČO: 00523551, DIČ: 2021768606

Týmto dávam dobrovoľný súhlas, slobodný a jednoznačný, na spracovanie osobných údajov (meno, priezvisko, dátum narodenia, rod. číslo, trieda, bydlisko, škola) žiaka/žiačky.

Ďalej (prosíme zaškrtnúť):

s ú h l a s í m / **n e s ú h l a s í m**

- s psychologickým/ logopedickým/ špeciálno-pedagogickým vyšetrením môjho dieťaťa odborným zamestnancom CPP.

s ú h l a s í m / **n e s ú h l a s í m**

- s poskytnutím osobných údajov pre potreby odbornej starostlivosti a zaradenie do informačného systému CPP.

s ú h l a s í m / **n e s ú h l a s í m**

- s odoslaním správy z vyšetrenia do MŠ, ZŠ, ŠZŠ, SŠ, na adresu rodičov, lekárovi alebo inému odborníkovi alebo zariadeniu.

s ú h l a s í m / **n e s ú h l a s í m**

- aby pracovník CPP telefonicky alebo osobne konzultoval s pedagógom MŠ, ZŠ, ŠZŠ, SŠ, lekárom alebo iným odborníkom o spôsobe výchovy a vzdelávania dieťaťa.

s ú h l a s í m / **n e s ú h l a s í m**

- s nahliadnutím a kopírovaním zo zdravotného záznamu a iných osobných a študijných materiálov.

s ú h l a s í m / **n e s ú h l a s í m**

- v prípade potreby s návštevou pracovníka CPP
 - v školskom prostredí
 - v rodinnom prostredí

V, dňa

.....

podpis rodiča/zákonného zástupcu/žiadateľa