

Škola (názov, adresa):.....

ŽIADOSŤ PRE MŠ
o poskytnutie starostlivosti centra

Centrum poradenstva a prevencie
Kpt. Nálepku 1057/18, 075 01 Trebišov
tel.: 0919 077 386, 0911 371 767, 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 dieťaťa:	
Dátum a miesto narodenia dieťaťa:	
Rodné číslo:	
Bydlisko (presná adresa):	
Meno a priezvisko žiadateľa (zákonný zástupca):	
Telefónne číslo zákonného zástupcu:	
Materinský jazyk:	

Žiadame CPP:

- o poradenstvo:**
- ☐ pri zvládaní ťažkostí vyplývajúcich zo zdravotného znevýhodnenia alebo zo zdravotného postihnutia (zrakové, sluchové, ...),
 - ☐ pri prekonávaní výchovných ťažkostí,
 - ☐ pri úprave psychosomatických ťažkostí (bolesti hlavy, tiky, tréma, úzkosti, strachy),
 - ☐ pri poruchách rečového vývinu.
- o posúdenie:**
- ☐ školskej spôsobilosti (výnimočné prijatie dieťaťa na plnenie povinnej školskej dochádzky/ pokračovanie plnenia povinného predprimárneho vzdelávania v MŠ),
 - ☐ úrovne mimoriadneho nadania,
 - ☐ vhodnosti zaradenia do úvodného ročníka,
 - ☐ vhodnosti zaradenia do prípravného ročníka.

Dieťa je, podľa nižšie uvedených kritérií, zo **sociálne znevýhodneného prostredia**: ÁNO / NIE
(*podčiarknite ÁNO alebo NIE a zakrúžkujte príslušné kritériá*)

1. rodina, v ktorej dieťa 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 dieťa vyrastá – absencia miesta na učenie, posteľ, elektrickej prípojky, pitnej vody, WC,
6. vyučovací jazyk školy je iný ako jazyk, ktorým dieťa hovorí v domácom prostredí
7. rodina dieťaťa žije v segregovanej komunite,
8. sociálne vylúčenie komunity alebo rodiny dieťaťa z majoritnej spoločnosti.

Pozn.: Záväznou súčasťou žiadosti je pedagogická charakteristika žiaka spracovaná školou alebo na tlačive CPP Trebišov, v rámci možnosti materskej školy.

.....
dátum vyplnenia

.....
podpis a pečiatka riaditeľa školy

INFORMOVANÝ SÚHLAS ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU SO ZARADENÍM DO EVIDENCIE A POSKYTNUTÍM STAROSTLIVOSTI

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

Starostlivosť zahŕňa psychologickú, špeciálno-pedagogickú a logopedickú diagnostiku, poradenstvo, reedukácie a psychoterapiu podľa individuálnych potrieb klienta, ktoré sa realizujú len s písomným súhlasom zákonného zástupcu. Jedno stretnutie trvá zvyčajne okolo 1 hodiny. Časový interval je individuálny a určuje ho druh a rozsah poskytnutej služby. Obsah vyšetrenia určuje charakter problému, zvyčajne ide o diagnostiku a poradenstvo pri posudzovaní schopností, osobnosti, záujmov, vedomostí, zručností, prípadne iných oblastí ovplyvňujúcich emocionálny, sociálny a psychický vývin klienta. V prípade súhlasu žiadateľa sa písomná správa zasiela na inštitúcie uvedené v súhlase. **Žiadateľ má právo oboznámiť sa s jej obsahom.** Súhlas sa vyznačuje na tomto tlačive podčiarknutím, ktoré vykoná pred podpisom žiadanky žiadateľ.

Pri vyšetrení sa používajú diagnostické nástroje, tzv. psychologické alebo špeciálno-pedagogické testy, alebo prístrojové metódy, ktoré vychádzajú z odborných vedeckých princípov platných v psychológii, špeciálnej pedagogike, psychodiagnostike, metodológii a psychometrii. Kvantitatívne a kvalitatívne údaje z testov sú súčasťou spisu klienta spolu s ostatnými údajmi získanými pred vyšetrením - napr. anamnestické údaje, pedagogická charakteristika, v priebehu vyšetrenia - záznamy z rozhovorov, interpretácie, poznámky a po skončení vyšetrenia - správa z diagnostického vyšetrenia, závery z konzultácií.

Osobné údaje zisťované v rozsahu § 11, ods. 6 písm. a) a b) zákona č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní:

O klientovi: meno a priezvisko, dátum a miesto narodenia, bydlisko, fyzické zdravie, duševné zdravie, mentálna úroveň vrátane výsledkov pedagogicko-psychologickej a špeciálno-pedagogickej diagnostiky.

O rodičoch: meno a priezvisko, trvalé bydlisko, telefonický kontakt.

Ďalšia dokumentácia v zmysle § 11, ods. 9 zákona č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní je najmä: správa z diagnostického vyšetrenia.

Všetky tieto údaje sú prísne dôverné, psychológ, špeciálny pedagóg, logopéd, kariérový poradca, sociálny pedagóg a sociálny pracovník sú povinní zachovávať mlčanlivosť o skutočnostiach, o ktorých sa dozvedeli pri svojej činnosti a to aj po skončení pracovnoprávneho vzťahu v zariadení podľa zákona § 8 ods. 1, písm. c) zákona č. 552/2003 Z. z. o výkone práce vo verejnom záujme, v zmysle nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov a v zmysle § 79 zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov ako aj § 11 ods. 7 zákona č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní.

Všetky formy a druhy odbornej starostlivosti sú v centre poradenstva a prevencie poskytované zdarma (§ 130, ods. 11, zákona č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní).

1. Po preštudovaní uvedených informácií súhlasím s psychologickým, špeciálno-pedagogickým vyšetrením a poradenstvom pri voľbe povolania.
2. **Súhlasím** v zmysle § 11, ods. (6), písm. a), b) zákona č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní s evidovaním a spracúvaním osobných údajov v Centre poradenstva a prevencie Kpt. Nálepku 1057/18, 075 01 Trebišov
3. V zmysle § 2 ods. y) zákona č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní sa žiadateľ oboznámil so všetkými možnosťami vzdelávania dieťaťa alebo vlastného vzdelávania a preberá zodpovednosť za svoje rozhodnutie.
4. **Súhlasím / nesúhlasím** so zaslaním správy z diagnostického vyšetrenia inštitúcii oprávnenej zo zákona (napr. škole, školskému zariadeniu)
5. **Súhlasím / nesúhlasím** so zaslaním správy z diagnostického vyšetrenia inému (napr. neurológ, pediater,...)

(Súhlas podčiarknite).

V, dňa

.....
podpis rodiča/zákonného zástupcu/žiadateľa