**Centrum špeciálno-pedagogického poradenstva**

**Školská 5, 968 01 Nová Baňa ako súčasť Spojenej školy, Školská 5, 968 01 Nová Baňa**

telefón: 045/6856546mail: [cspp.novabana@gmail.com](mailto:cspp.novabana@gmail.com)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PRIHLÁŠKA NA ODBORNÉ VYŠETRENIE**

□ Psychologické vyšetrenie □ Špeciálno–pedagogické vyšetrenie

□ Logopedické vyšetrenie □ Iné odborné vyšetrenie..........................

**Meno a priezvisko dieťaťa** ......………….................................................................................................................... Dátum a miesto narodenia.............................................................................. Rodné číslo ...................................

Štátna príslušnosť........................................................................................... Národnosť......................................

Bydlisko ............................…..……….........................................................................................................................

Bydlisko matky .................…..………...................................................................Telefón ..........................................

Bydlisko otca ..................…..……….....................................................................Telefón ..........................................

Škola, trieda ........................................................................................Triedny učiteľ .............................................

**DRUH ŤAŽKOSTÍ** (opis ťažkostí v učení, v správaní, ktoré vedú k potrebe vyšetrenia):

**Rodičia sú rozvedení:** áno – nie **Dieťa je v striedavej starostlivosti:** áno – nie

**Dieťa je zverené do starostlivosti** (komu)**:** ...............................................................................................................

Dieťa je nateraz v lekárskom ošetrení (prečo, kde): .................................................................................................

Dieťa bolo psychologicky už vyšetrované (kedy, kde): .............................................................................................. Dieťa bolo špeciálno-pedagogicky už vyšetrované (kedy, kde): ................................................................................

Dieťa navštevuje poradňu (akú): ................................................................................................................................

Kto vyšetrenie žiada – odporúča: ..............................................................................................................................

**MENÁ ZÁKONNÝCH ZÁSTUPCOV** matka ...............................................................................................................

otec ...................................................................................................................

Svojím podpisom dávam súhlas k: odbornému vyšetreniu\*

spracovaniu a archivovaniu osobných údajov dieťaťa na CŠPP\*

kopírovať záznamy z odborných vyšetrení zo zdravotného záznamu\*

konzultovať výsledky so školským zariadením\*

zaslaniu správy z odborného vyšetrenia\*..................................................

**Zákonní zástupcovia dieťaťa/žiaka boli riadne poučení o dôsledkoch svojho súhlasu a navzájom si nezamlčali návštevu v CŠPP.**

Dňa: .................... .............................................. ............................................... ........................................

**Podpis zákonného zástupcu – matka Podpis zákonného zástupcu – otec Podpis plnoletého klienta**

.................................................... ......................................................................

triedny učiteľ \*\* podpis riaditeľa a pečiatka školy \*\*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nehodiace prečiarknuť\*

Ak ŽIADOSŤ o odborné vyšetrenie žiada škola \*\*