

Škola (názov, adresa):.....

Žiadosť o psychologické vyšetrenie/ poradenskú konzultáciu/ logopedické vyšetrenie vyšetrenie pre MŠ

Centrum pedagogicko-psychologického poradenstva a prevencie
Kpt. Nálepku 1057/18
075 01 Trebišov
tel.: 056/6723876, 0911371767
e-mail: ppp-tv@stonline.sk, web: www.poradnatrebisov.sk

Meno dieťaťa:..... dátum nar.:.....

narodené v rodné číslo:.....

bydlisko:.....

škola:..... trieda:.....

Žiadam CPPPaP:

*(prosíme podčiarknuť niektorú z možností, alebo nižšie opísať dôvod príchodu na psychologické/
logopedické vyšetrenie/ poradenskú konzultáciu)*

o poradenstvo:

- pri prekonávaní výchovných ťažkostí
- pri úprave psychosomatických ťažkostí (bolesti hlavy, tiky, tréma, úzkosti, strachy)

o posúdenie:

- školskej spôsobilosti (výnimočne prijať dieťa do školy, odloženie začiatku povinnej školskej dochádzky, dodatočného odloženia začiatku povinnej školskej dochádzky), určenia laterality
- úrovne mimoriadneho nadania
- vhodnosti zaradenia do nultého (prípravného) ročníka

Opis ťažkostí dieťaťa:

Zákonní zástupcovia dieťaťa:

meno otca:.....dátum narodenia:.....

meno matky:.....dátum narodenia:.....

tel. kontakt:.....

INFORMOVANÝ SÚHLAS ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU SO PSYCHOLOGICKÝM/ LOGOPEDICKÝM 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 pedagogicko-psychologického poradenstva a prevencie, Ul. kpt. Nálepku 1057/18,
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) dieťaťa.

Ďalej (prosíme zaškrtnúť):

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

- so psychologickým/ logopedickým vyšetrením môjho dieťaťa odborným zamestnancom CPPPaP.

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 CPPPaP.

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 odborný zamestnanec CPPPaP 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 CPPPaP
 - v školskom prostredí
 - v rodinnom prostredí

V, dňa

.....

podpis rodiča, zákonného zástupcu, žiadateľa