

Škola (názov, adresa):.....

## **Žiadosť o psychologické vyšetrenie/ špeciálno-pedagogické vyšetrenie/ poradenskú konzultáciu pre SŠ**

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 žiaka:..... dátum nar.:.....  
narodený v ..... rodné číslo:.....  
bydlisko:.....  
škola:..... trieda:.....

### **Žiadam CPPPaP:**

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

o poradenstvo:

- pri prekonávaní vzdelávacích ťažkostí
- pri prekonávaní výchovných ťažkostí
- pri voľbe štúdia a profesijnej orientácie
- pri úprave psychosomatických ťažkostí (bolesti hlavy, tiky, tréma, úzkosti, strachy)
- pri zvládaní osobnostných problémov, krízových stavov, závislostí
- pri úprave konfliktných vzťahov s okolím (agresivita, záškoláctvo, podvody, závažné priestupky)

**Opis ťažkostí žiaka:**

**Zákonní zástupcovia žiaka:**

meno otca:.....dátum narodenia:.....  
meno matky:.....dátum narodenia:.....  
tel. kontakt:.....

## **INFORMOVANÝ SÚHLAS ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU SO PSYCHOLOGICKÝM/ 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 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**

- s psychologickým/ špeciálno-pedagogickým 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 pracovník 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