

Škola (názov, adresa):.....

## ŽIADOSŤ PRE MŠ:

1. O psychologické vyšetrenie/konzultáciu
2. 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

<b>Meno a priezvisko dieťaťa:</b>	
<b>Dátum a miesto narodenia dieťaťa:</b>	
<b>Rodné číslo:</b>	
<b>Bydlisko (presná adresa):</b>	

### Žiadam CPP:

(prosím podčiarknite niektorú z možností alebo nižšie opíšte dôvod príchodu na psychologické/logopedické vyšetrenie)

o poradenstvo:

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

o posúdenie:

- školskej spôsobilosti (výnimočné prijatie dieťaťa na plnenie povinnej školskej dochádzky/ pokračovanie plnenia povinného predprimárneho vzdelávania v MŠ)
- úrovne mimoriadneho nadania
- určenie laterality

**Opis ťažkostí dieťaťa:**

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.

**Zákonní zástupcovia dieťaťa:**

meno otca/ zák. zástupcu:..... dátum narodenia:.....

meno matky/ zák. zástupcu:..... dátum narodenia:.....

tel. kontakt: .....

.....  
dátum vyplnenia

.....  
podpis a pečiatka riaditeľa školy

## 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 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) dieťaťa.**

**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

Doručené	Kontakt	Vybavené

**Pozn.: Údaje v tejto tabuľke vyplní odborný zamestnanec CPP**