Škola (názov, adresa):.................................................................................................................................

Žiadosť o špeciálno-pedagogické a logopedické orientačné vyšetrenie

# **žiakov v MŠ, ZŠ**

# / vhodné podčiarknite /

# 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](http://www.poradnatrebisov.sk/)

|  |  |
| --- | --- |
| **Meno a priezvisko:** |  |
| **Dátum a miesto narodenia:** |  |
| **Rodné číslo:** |  |
| **Bydlisko (presná adresa):** |  |
| **Meno tr. učiteľa:** |  |
| **Trieda:** |  |

## Špeciálno-pedagogické orientačné vyšetrenie:

* zisťovanie úrovne grafomotorických zručností,
* zisťovanie úrovne zrakového vnímania,
* zisťovanie úrovne sluchového vnímania /analýza, syntéza, diferenciácia/,
* zisťovanie úrovne laterality.

## Logopedické orientačné vyšetrenie:

* zisťovanie úrovne jazykových a rečových schopností /tvorba viet, slovná zásoba, porozumenie/,
* zisťovanie úrovne celkovej komunikácie,
* zisťovanie zrozumiteľnosti rečového prejavu,
* odhaľovanie nedostatkov v reči /dyslálie, rotacizmus, NKS.../.

Následná /prípadná konzultácia s rodičom/,učiteľom, školským podporným /multidisciplinárnym/ tímom.

* vyhodnotenie orientačného vyšetrenia každého žiaka
* stručná písomná správa z orientačného vyšetrenia
* opatrenia následnej odbornej starostlivosti.

**Očakávania pedagóga od odborného zamestnanca CPP:** ...................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**Zákonní zástupcovia žiaka:**

# 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/ 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 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 odoslaním správy

### s ú h l a s í m /

z vyšetrenia do MŠ, ZŠ,

### n e s ú h l a s í m

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 /

* v prípade potreby s návštevou pracovníka CPP
	+ v školskom prostredí
	+ v rodinnom prostredí

### n e s ú h l a s í m

**V ................................., d**ň**a ........................ ........................................................**

podpis rodiča/zákonného zástupcu/žiadateľa

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Doručené** | **Kontakt** | **Vybavené** |
|  |  |  |

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