



ŽIADOSŤ O ODBORNÚ STAROSTLIVOSŤ - VYŠETRENIE

v zmysle § 2 ods. 1 písm. e) Vyhlášky MŠVVaŠ SR č. 24/2022 Z.z. o zariadeniach poradenstva a prevencie a Zákona č. 245/2008 Z.z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov

VYPLNÍ SÚKROMNÉ CENTRUM PORADENSTVA A PREVENČIE

Dátum evidencie:

Evidenčné číslo:

Katalógové číslo:

Dátum objednania:

Čas objednania:

Dôvod zrušenia (*anuloval, nedostavil sa alebo iné*):

PEDAGOGICKÉ ZISTENIE, SPRÁVA O DIEŤATI/ŽIAKovi - VYPLNÍ ŠKOLA

Meno a priezvisko dieťa/ažiaka:

Dátum narodenia:

Trvalá adresa:

Miesto obvyklého pobytu (*ak nie je zhodné s trvalým pobytom*):

Meno a priezvisko rodiča (*ak sa jedná o neploletého žiaka*):

Kontakt (*telefón na ploletého žiaka alebo zákonného zástupcu*):

Názov školy:

Ročník a trieda:

Triedny učiteľ (*títul, meno, priezvisko*):

Jedná sa o prvé vyšetrenie:

Dôvod objednania: (špecifikujte dôvody objednania; čo môže byť ich príčinou; ako sa prejavujú; aké dosahuje školské výsledky, čo mu ide lepšie a čo horšie a čo je toho príčinou; vnímate nejaké problémy v prežívaní /*dobře ladený - úzkostný, depresívny*/, v správaní /*dobrá sebaregulácia správania - hyperaktívne, impulzívne, agresívne prejavy*/, v sociálnom správaní /*družný - uzavretý*/; boli poskytnuté podporné opatrenia, aké a s akým efektom; čo navrhujete)



S dôvodmi odborného vyšetrenia som bol(a) oboznámený(á). Ako zákonný zástupca / plnoletý žiak svojim podpisom dávam súhlas s vyšetrením.

V		dňa	
žiadosť spracoval <i>titul, meno, priezvisko, zaradenie</i>		podpis	
podpis riaditeľa/ky a pečiatka školy			