



Centrum poradenstva a prevencie

Morovniarska cesta 1866/55, 972 51 Handlová, +421 903 756 887

ŽIADOSŤ

ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU O VYŠETRENIE ŽIAKA V CPP

Číslo: (vyplní CPP)

Žiadam týmto o žiaka (meno, priezvisko):

narodeného dňa: rodné číslo:

v CPP z dôvodu:

Súhlasím s psychologickým a špeciálno-pedagogickým vyšetrením svojho dieťaťa a spracovaním jeho osobných údajov podľa zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov a § 2 ods. x) zákona 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) v znení neskorších predpisov. Bol som riadne poučený o dôsledkoch svojho súhlasu.

Podpisy zákonných zástupcov:

PEDAGOGICKÉ ZISTENIA

SPRÁVA ZÁKLADNEJ ŠKOLY O ŽIAKOVÍ

Meno dieťaťa: Ev. č. spisu (vyplní CPP):

Narodený(á): Bydlisko:

Meno matky: Meno otca:

Telefónne číslo: Mailový kontakt:

Do školy nastúpil v roku: Aktuálne navštevuje ročník: Opakovanie ročníka:

Prospech v jednotlivých predmetoch podľa vysvedčenia zo dňa:

SJL	CJ	MAT	FYZ	CHE	DEJ	GEO	BIO	OBN	TSV	HUV	VYV	PVC

Správanie:

Žiadame o (označte):

a, o prvotné vyšetrenie

b, o kontrolné vyšetrenie - posledné vyšetrenie zo dňa:

c, o priebežné sledovanie žiaka na základe dohody s CPP

d, iné:

.....

Dôvod vyšetrenia - špecifikujte prejavy (predpokladané dôvody školských problémov - chorobu, nedostatok nadania, špecifická porucha učenia, lateralita apod.):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Správanie sa v škole a mimo školy (vzťah k školskej práci, obľúbené predmety, správanie sa k učiteľom, spolužiakom, spôsob trávenia voľného času, vzťah ku kamarátom apod.):

.....

.....

.....

Zdravotný stav žiaka (rôzne typy postihnutia, školské absencie z dôvodov zdravotného oslabenia apod.):

.....

.....

.....

Rodinné prostredie a jeho výchovné pôsobenie na žiaka:

.....

.....

.....

Doteraz uskutočnené opatrenia na riešenie problémov žiaka - ich efekt *) :

.....

.....

.....

Výsledky orientačnej diagnostiky (v prípade škol. pod.tímu v škole):

.....

.....

.....

Návrh opatrení (osobný názor osôb, kt. spracovali správu o žiakovi):

.....

.....

Triedny učiteľ: Výchovný poradca:

..... za škol. pod. tím:

.....

..... v prípade orientačnej diagnostiky.

V dňa

Podpis riaditeľa ZŠ

a pečiatka zariadenia

Pozn.: Žiadosť vyplní zákonný zástupca žiaka. Správu o žiakovi podrobne spracuje triedny(a) učiteľ(ka) v spolupráci s výchovným poradcom školy a ŠPT. *) V prípade kontrolného vyšetrenia inkluzívne vzdelávaného žiaka, **je nutné zaslať podrobný zápis priebehu reedukácie , resp. IVP ako prílohu pedagogického zistenia!**