



Centrum poradenstva a prevencie

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

ŽIADOSŤ

PLNOLETÉHO KLIENTA O VYŠETRENIE V CPP

Číslo: (vyplní CPP)

Žiadam týmto o vyšetrenie (meno, priezvisko):

narodený/á dňa: rodné číslo:

v CPP z dôvodu:

Podľa §145b zákona č. 245/2008 o výchove a vzdelávaní (školský zákon) žiadam o vyjadrenie na účel poskytnutia podporného opatrenia. Súhlasím s psychologickým a špeciálno-pedagogickým vyšetrením a spracovaním svojich osobných údajov podľa zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov a § 2 písm. x) zákona 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) v znení neskorších predpisov. Bol som riadne poučený o dôsledkoch svojho súhlasu.

Podpis plnoletého klienta:

PEDAGOGICKÉ ZISTENIA

SPRÁVA STREDNEJ ŠKOLY O ŠTUDENTOVI (PO VYPLNENÍ DÔVERNÉ)

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

Narodený (á): Bydlisko:

Telefónne číslo: Mailový kontakt:

Aktuálne navštevuje ročník: Opakovanie ročníka (ktorého):

Prospech v jednotlivých predmetoch podľa vysvedčenia zo dňa:

SJL	CJ	MAT										

Správanie: Iné predmety:

Žiadam 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, extrémnosti v dom. príprave 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 *) :

.....

.....

.....

Aké podporné opatrenia boli žiakovi doposiaľ poskytnuté:

.....

.....

.....

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 plnoletý klient. Správu o žiakovi podrobne spracuje triedny(a) učiteľ(ka) v spolupráci s výchovným poradcom školy a ŠPT. *)
V prípade kontrolného vyšetrenia integrovaného žiaka, ktorý nebol integrovaný CPP **je nutné zaslať podrobný zápis priebehu reedukácie, resp. IVVP ako prílohu pedagogického zistenia!**