**Špecializované centrum poradenstva a prevencie**

**pre deti a žiakov so zrakovým postihnutím**

**Námestie Štefana Kluberta 2, 054 01 LEVOČA**

**tel. 053/ 446 4011, scpplevoca@gmail.com**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PRIHLÁŠKA NA   VYŠETRENIE**

**ŠPECIÁLNOPEDAGOGICKÉ**

Diagnostika

Rediagnostika

So zameraním na odporúčanie -  kompenzačnej pomôcky

-  pedagogického asistenta

-  špeciálnych vzdelávacích potrieb

**PSYCHOLOGICKÉ**

Diagnostika

Rediagnostika

Vyšetrenie školskej zrelosti

**Dôvod vyšetrenia:** .................................................................................................................................

..................................................................................................................................................................

Posledné psychologické vyšetrenie prebehlo dňa: .....................................................................

**Meno a priezvisko dieťaťa**: .......................................................................................................................

Dátum a miesto narodenia: ....................................................... Rodné číslo:..........................................

Bydlisko: ....................................................................................................................................................

Povinné predprimárne vzdelávanie začal/a v MŠ: ...........................................................................

v školskom roku: ...............................

Dátum začatia povinnej školskej dochádzky: ............................................................................................

Názov, adresa školy, ktorú  žiak navštevuje: ............................................................................................

trieda/ročník: ....................................

**O vyšetrenie žiada:** Rodič/zákonný zástupca

Škola/učiteľ/špeciálny pedagóg

Centrum poradenstva a prevencie v .........................

Súkromné centrum poradenstva a prevencie v .......................

Dieťa po dovŕšení plnoletosti

**Zároveň žiadam o odporúčanie podporných opatrení**

**Meno a priezvisko žiadateľa Podpis**

**Zákonný zástupca dieťaťa:**

Matka :

Meno a priezvisko: ............................................................................ e-mail ..............................................

Bydlisko: ............................................................................................ Tel. kontakt: ....................................

Otec :

Meno a priezvisko: ........................................................................... e-mail ..............................................

Bydlisko: ........................................................................................... Tel. kontakt: ....................................

Zákonný zástupca (CDR, náhradný rodič a pod.):

Meno a priezvisko: ........................................................................... e-mail ..............................................

Inštitúcia/ adresa: ............................................................................ Tel. kontakt: ....................................

Prílohy:

Správa z odborného vyšetrenia u očného lekára

Správa z odborného vyšetrenia u iného lekára (neurológ, psychiater a pod.)

Správa zo špeciálnopedagogického vyšetrenia

Správa zo psychologického vyšetrenia

Odporúčanie CPP

Školský záznam o žiakovi