**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