

**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 (neuroológ, psychiater a pod.)
- Správa zo špeciálnopedagogického vyšetrenia
- Správa zo psychologického vyšetrenia
- Odporúčanie CPP
- Školský záznam o žiakovi