

Centrum špeciálnopedagogického poradenstva

J. Kráľa 39, 953 01 Zlaté Moravce

tel. - fax: 037/6426077, 0908 533 702, e-mail: spojenaszm@gmail.com; csppzm@gmail.com

ŽIADOSŤ O ŠPECIÁLNO PEDAGOGICKÉ VYŠETRENIE ŽIAKA MATERSKEJ ŠKOLY

Meno a priezvisko žiaka: Dátum narodenia:

Bydlisko:

Zákonný zástupca, tel. číslo:

Materská škola, tel. číslo:

Stručná charakteristika problémovej situácie dieťaťa (dôvod vyšetrenia):

.....

.....

.....

.....

Vyšetrenie sa realizuje na podnet:

Súhlas zákonného zástupcu s vyšetrením (podpis):

Za školu, zariadenie vybavuje (meno, podpis, pečiatka):

.....

Bolo dieťa psychologicky vyšetrené? (kedy, kde):

.....

Navštevuje dieťa ambulanciu neurologickú, pedopsychiatrickú, kardiologickú, imunologickú, ortopedickú, oftalmologickú, logopedickú, inú

.....

V, dňa

Spracovanie údajov v ČŠPP

V ČŠPP žiadosť prijal (dátum, podpis):

Špeciálnopedagogická diagnostika bude realizovaná dňa:, o.....

Špeciálnym pedagógom: