



**CENTRUM PEDAGOGICKO – PSYCHOLOGICKÉHO PORADENSTVA A PREVENČIE
LEVOČA
RUŽOVÁ ULICA 91/1, 054 01 LEVOČA**

ŽIADOSŤ

O PSYCHOLOGICKÉ / LOGOPEDICKÉ VYŠETRENIE *)

NA ZÁKLADE ŽIADOSTI ZÁKONNÝCH ZÁSTUPCOV/ MATERSKEJ ŠKOLY *)

SO SPRACOVANÍM OSOBNÝCH ÚDAJOV UVEDENÝCH V ŽIADOSTI A JEJ PRÍLOHÁCH (ŠKOLSKÝ ZÁZNAM O DIEŤATI, ZOZNAM ŤAŽKOSTÍ SPRÁVANIA V ŠKOLE, DOTAZNÍK, SPRÁVY Z LEKÁRSKÝCH A KLINICKÝCH PSYCHOLOGICKÝCH /LOGOPEDICKÝCH VYŠETRENÍ) A ICH POSKYTNUTÍM CPPP A P

S Ú H L A S Í M

A VYHLASUJEM, ŽE SOM BOL(A) POUČENÝ (Á) O DÔSLEDKOCH SÚHLASU.

.....
Podpis zákonného zástupcu

PEDAGOGICKÉ ZISTENIE

ŠKOLSKÝ ZÁZNAM O DIEŤATI

Meno a priezvisko		Číslo spisu (uviesť pri kontrolnom vyšetrení):	
Dátum narodenia:		Rodné číslo:	
Trvalé bydlisko:			
Meno matky:		Meno otca:	
Meno pediatra:			
Názov materskej školy:			
Navštevuje materskú školu od:			
Triedny (a) učiteľ(ka):			
Školský psychológ/špeciálny pedagóg:			
V		dátum	
			podpis riaditeľa a pečiatka školy

Pozn.:

Žiadame vyplniť elektronicky.

Žiadosť podpíše zákonný zástupca dieťaťa, dotazník o dieťati veľmi podrobne spracuje triedny učiteľ(ka) v spolupráci s školským psychológom, školským špeciálnym pedagógom).

*) Nehodiace sa škrtnite.