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

koordinátor klienta (vpíše CPP Myjava)

**Ž I A D O S Ť**

ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU O POSKYTNUTIE SLUŽIEB VYKONÁVANÝCH V CENTRE PORADENSTVA A PREVENCIE MYJAVA

Žiadam o poskytnutie odborných psychologických /špeciálno-pedagogických služieb:

vyšetrenie – terapia- korekcia – poradenstvo- reedukácia v CPP Myjava

svojho dieťaťa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dátum narodenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

rodné číslo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ trvalé bydlisko: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

adresa školy: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ trieda: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

meno a priezvisko zákon.zástupcu dieťaťa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

trvalé bydlisko zákon.zástupcu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel.kontakt: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dôvody vyšetrenia:

☐ Zistenie školskej pripravenosti dieťaťa

☐ Problémy v učení

☐ Problémy v správaní

☐ Osobnostné problémy

☐ Nadanie

☐ Kariérne poradenstvo

☐ Iné ................................................................................................................................

Ako zákonný zástupca dieťaťa, ktorá žiada o odborné vyšetrenie v CPP vyhlasujem, že na základe informácií, ktoré mi poskytol odborný zamestnanec:

* Súhlasím s odborným vyšetrením a poradenstvom môjho dieťaťa v CPP.
* Dobrovoľne poskytnem osobné údaje dieťaťa i moje osobné údaje, pretože sú potrebné k odbornému vyšetreniu.
* Zároveň vyhlasujem, že dobrovoľne poskytnem všetky dôležité údaje z doterajšieho vývinu môjho dieťaťa, pretože si uvedomujem, že sú nevyhnutné, ak sa má dospieť k zodpovednému a kvalitnému riešeniu mnou uvádzaného problému.
* Potvrdzujem, že som bol/a oboznámený/á odborným zamestnancom o účele, metódach vyšetrenia, spôsobe poskytnutia výsledkov odborného vyšetrenia a v plnej miere som informáciám o nich porozumel/a.
* Súhlasím s tým, aby bolo moje dieťa, resp. moja osoba účastníkom stretnutí potrebných pre odborné vyšetrenie a inú odbornú pomoc poskytovanú odbornými zamestnancami CPP, ktoré sú zamerané na optimalizáciu osobnostného a vzdelávacieho vývinu môjho dieťaťa.
* Súhlasím s prípadnými odbornými konzultáciami, príp.konziliárnymi stretnutiami CPP s ďalšími odborníkmi podľa rozhodnutia vyšetrujúceho (napr. pedagóg, školský špeciálny pedagóg, školský psychológ, logopéd, psychológ, psychiater, neurológ, ďalší):

(platné označte x) **☐ áno ☐ nie**

* Súhlasím so zaslaním správy z vyšetrenia do školy **☐ áno ☐ nie**

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dňa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis zákonných zástupcov: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_