

Špecializované centrum poradenstva a prevencie pre deti a žiakov s viacnásobným postihnutím

Štvrť M. R. Štefánika 12, 984 01 Lučenec
mobil: 0904 903 774 tel.: 047/ 41 111 45

ŽIADOSŤ O DIAGNOSTICKÉ VYŠETRENIE

Žiadosť o: (podčiarknite žiadané vyšetrenie)

Psychologické vyšetrenie

Špeciálno – pedagogické vyšetrenie

Meno a priezvisko dieťaťa/žiaka:

Dátum narodenia: Rodné číslo:

Bydlisko: Telefón:

Štátna príslušnosť: Národnosť:

Materinský jazyk: Jazykové prostredie, v ktorom žiak žije:

Škola, trieda: Triedny učiteľ:

Bydlisko matky: Telefón:

Bydlisko otca: Telefón:

1. Dôvod diagnostického vyšetrenia (podrobný opis ťažkostí, ktoré sa týkajú žiaka/dieťaťa):

Žiak/dieťa je zo sociálne nezvýhodneného prostredia? áno – nie *

Dieťa/žiak navštevuje ambulanciu odborného lekára? áno – nie* (kde, prečo, akú)

Dieťa/žiak má v škole zavedené podporné opatrenia? áno – nie* (konkrétne ktoré)

Žiak/dieťa absolvoval/o psychologické vyšetrenie? áno nie* (kedy a kde):

Žiak/dieťa absolvoval/o špeciálno – pedagogické vyšetrenie? áno – nie* (kedy a kde):

Žiak/dieťa navštevuje poradňu áno – nie* (akú a kde):

Kto vyšetrenie žiaka/dieťaťa žiada* – odporúča:

Poučenie: Psychologické a špeciálno – pedagogické vyšetrenie je možné realizovať len v doprovode rodiča alebo zákonného zástupcu žiaka/dieťaťa.

Podpis rodiča/zákonného zástupcu žiaka/dieťaťa

podpis riaditeľa a pečiatka školy