**Žiadosť o odborné vyšetrenie, odbornú starostlivosť**

**v Centre poradenstva a prevencie v Dolnom Kubíne**

**so sídlom na ul.J.Ťatliaka 2051/8, 026 01 Dolný Kubín**

**Základné údaje o žiadateľovi/ zákonnom zástupcovi:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Meno, priezvisko** |  | | |
| **Adresa bydliska** |  | **Tel. kontakt** |  |

**Základné anamnestické údaje o dieťati/ klientovi, ktorému má byť poskytnutá starostlivosť**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **meno** |  | **priezvisko** |  | | | **dátum nar.** |  |
| **bydlisko** |  | | | | | | |
| **škola** |  | | | **trieda** |  | **tr.učiteľ** |  |

**Dôvod žiadosti / vyšetrenia/ starostlivosti:** / zakrúžkujte, príp. podčiarknite

* **ťažkosti v učení**
* **ťažkosti v správaní, v oblasti výchovy**
* **problémy so vzťahmi, komunikáciou s rovesníkmi, dospelými**
* **ťažkosti spojené so zdravotným znevýhodnením dieťaťa**
* **osobnostný rozvoj**
* **posúdenie školskej zrelosti, pripravenosti na vstup do 1.ročníka ZŠ**
* **ťažkosti vo výslovnosti, oneskorenie rečového vývinu**
* **rozvíjanie nadania**
* **kariérové poradenstvo**
* **kontrolné vyšetrenie**
* **vyšetrenie na odporúčanie lekára, iného odborníka**
* **vyjadrenie na účel poskytnutia podporného opatrenia**
* **iné /popíšte konkrétne prejavy ťažkostí, problémov/:** .................................................................................................

.............................................................................................................................................................................................

.............................................................................................................................................................................................

**Základné údaje o dieťati / klientovi, ktorému má byť poskytnutá starostlivosť**

**Uveďte nasledovné informácie:**

* Absolvované psychologické/ špeciálno-pedagogické vyšetrenia áno / nie
* Absolvované špecializované vyšetrenia u lekára / neurológ, pedopsychiater... áno / nie
* Vyžaduje pri domácej práci / pri učení individuálny prístup, pomoc? áno / nie
* Sú dieťaťu poskytované v škole / MŠ podporné opatrenia? áno / nie / neviem
* Má ťažkosti vo výslovnosti? áno / nie
* Ak má ťažkosti vo výslovnosti, je v logopedickej starostlivosti? áno / nie

**Priebeh školskej dochádzky**

* Malo dieťa odporúčanie na pokračovanie v predprimárnom vzdelávaní? áno / nie
* Opakovalo ročník? áno / nie ak áno, ktorý ročník:
* Dlhšia neprítomnosť v škole/MŠ: áno / nie ak áno, uveďte dôvody:

I**né dôležité údaje, správy z  odborných vyšetrení priložte ku žiadosti.**

**Vyplnené dňa**: .............................................. ............................................................

**Podpis žiadateľa**