**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/ plnoletom klientovi :**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Meno, priezvisko** |  | | | | |
| **Adresa bydliska** |  | | | **Tel. kontakt** |  |
| **škola** |  | **trieda** |  | **tr.učiteľ** |  |

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

* **ťažkosti v učení**
* **ťažkosti v prežívaní, správaní**
* **problémy so vzťahmi, komunikáciou s rovesníkmi, dospelými**
* **ťažkosti spojené so zdravotným znevýhodnením**
* **osobnostný rozvoj**
* **kariérové poradenstvo**
* **rozvíjanie nadania**
* **kontrolné vyšetrenie**
* **vyšetrenie na odporúčanie lekára, iného odborníka**
* **vyjadrenie na účel poskytnutia podporného opatrenia**
* **iné /popíšte konkrétne prejavy ťažkostí, problémov/:** .................................................................................................

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

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

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

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

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

**Uveďte nasledovné informácie:**

* Absolvované psychologické/ špeciálno-pedagogické vyšetrenie áno / nie

Ak áno, uveďte s akým výsledkom, záverom, príp. diagnózou.

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

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

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

* Absolvované špecializované vyšetrenia u lekára / neurológ, pedopsychiater... áno / nie

Ak áno, uveďte s akým výsledkom, záverom, príp. diagnózou.

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

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

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

* Sú vám poskytované v škole podporné opatrenia? áno / nie / neviem

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

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

**Podpis žiadateľa**