**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 |  | Dátum nar. |  |
| 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**
* **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/:** ............................................................................................................

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

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

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

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

**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

Ak áno, uveďte aké

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

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

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

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

 **Podpis žiadateľa**

**Žiadosť prijatá dňa:** ............................................... /osobne / telefonicky / iné: **Evidovaná pod číslom**: .........................................................................