

Žiadosť o kontrolné vyšetrenie

Dotknutá osoba/ zákonný zástupca

Meno dieťaťa/žiaka..... nar..... rod. číslo.:

žiak/žiačka ZŠ triedny učiteľ..... ročník:

Adresa trvalého bydliska.....PSČ:.....

Tel. č.:e-mail:**súhlasím s**

psychologickou starostlivosťou (podpis)

špeciálno-pedagogickou starostlivosťou (podpis).....

konzultáciou s odborníkom (neurológ, dets. psychiater,
iný:) (podpis)

vyžiadaním údajov z karty klienta z iného CPPP a P –
iného pracoviska (podpis)

iné..... (podpis)

Dôvod: kontrolné vyšetrenie

Iné:

**Prehlasujem, že som bol oboznámený ako dotknutá osoba s informáciou o spracovaní osobných údajov Centrom pedagogicko-psychologického poradenstva v Senci, Lichnerova 22 (zverejnenými na www.poradnasenec.sk/ochrana_ujadov).*

Dátum:..... Podpis.....

Súhlas dotknutej osoby

v zmysle zákona NR SR č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov pre prevádzkovateľa: Centrum pedagogicko-psychologického poradenstva a prevencie, Lichnerova 22, 90301 Senec

Dole podpísaný (meno a priezvisko):

Bydlisko:

zákonný zástupca dieťaťa:..... nar.

SÚHLASÍM:

1. s poskytnutím a spracovaním údajov uvedených v Žiadosti o psychologické vyšetrenie pre účely objednania môjho syna/dcéru na odborné psychologické vyšetrenie telefonicky

ÁNO NIE

2. so zasielaním písomnej správy z vyšetrenia poštou (zvoľte prijateľnú možnosť)

➤ na adresu trvalého bydliska

ÁNO NIE

➤ na adresu školy dieťaťa

ÁNO NIE

➤ osobné prevzatie

ÁNO NIE

3. Môj súhlas je dobrovoľný¹ a trvá počas obdobia návštevy CPPPaP menovaného žiaka. Zároveň som bol oboznámený so spracovaním osobných údajov v súlade s Nariadením Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov.

Dátum:

vlastnoručný podpis zákonného zástupcu

4. Prehlasujem, že nakoľko je t. č. dieťa v mojej starostlivosti, som si vedomý a súhlasím s povinnosťou oboznámiť druhého zákonného zástupcu dieťaťa (otca, matku) dieťaťa o poskytovanej psychologickú (špeciálnopedagogickú starostlivosť,) a ich výsledkoch

ÁNO NIE

Dátum:

vlastnoručný podpis zákonného zástupcu

¹ V zmysle § 14 ods. 3 zákona č. 18/2018 Z. z. Dotknutá osoba má právo kedykoľvek odvolať súhlas so spracovaním osobných údajov, ktoré sa jej týkajú. Odvolanie súhlasu nemá vplyv na zákonnosť spracúvania osobných údajov založenom na súhlase pred jeho odvolaním; pred poskytnutím súhlasu musí byť dotknutá osoba o tejto skutočnosti informovaná. Dotknutá osoba môže súhlas odvolať rovnakým spôsobom akým súhlas udelila.

PRÍLOHA K ŽIADOSTI O KONTROLNÉ VYŠETRENIE – VYPLNÍ UČITEĽ / ODBORNÝ ZAMESTNANEC

Meno a priezvisko žiaka:		Dátum nar.:
Bydlisko:		
ZŠ	Ročník	Tried. učiteľ/ka, kontakt:
<p>Žiak je toho času vedený ako <u>integrovaný</u>: ÁNO - NIE</p> <p>Ak áno, uveďte <u>od ktorého školského roku</u>:.....</p> <p>Integráciu odporučilo <u>zariadenie</u>:.....</p> <p>Podľa akého IVVP postupuje?.....</p> <p>Pracuje/pracovalo dieťa v škole s pomocou <u>asistenta učiteľa</u>? (uveďte v ktorom školskom roku a na ktorých hodinách):.....</p> <p><u>Platnosť poslednej špeciálno-pedagogickej správy</u> do:.....</p> <p><u>Platnosť poslednej psychologickej správy</u> do:.....</p> <p>O kontrolné vyšetrenie <u>žiada rodič/ škola z dôvodu</u>: (napr. ukončenia platnosti správy, zhoršenia situácie, zlepšenia stavu, prestupu na 2. stupeň, atď.)</p> <p>.....</p>		

Aká forma psychologickej/ špec. pedagogickej starostlivosti bola žiakovi v škole poskytovaná?

- Individuálna intervencia v súlade s odporúčaniami poradenského zariadenia (cez zvolenú vyučovaciu hodinu)
- Individuálna intervencia/reedukácia po vyučovaní
- Skupinová intervencia/ reedukácia (počet detí v skupine)
- Nie je poskytovaná
- Iné:

Frekvencia poskytovanej starostlivosti (uveďte počet stretnutí za týždeň, časový rozsah):

Na čo bola starostlivosť zameraná?

Ktoré metódy / postupy sa osvedčili?

Čo sa podarilo zlepšiť?

Na čom treba ešte popracovať?

Prístup žiaka k poskytovanej starostlivosti (záujem, spolupráca, snaha, odmietanie, atď.):

Prístup rodiny k poskytovanej starostlivosti:

Zakrúžkujte odporúčanie pre ďalšie obdobie:

- Integráciu hodnotíme ako efektívnu, vhodné je v nej naďalej pokračovať rovnakým spôsobom
- Dôvody na integráciu pominuli stačí individuálna pomoc a prihliadanie na ťažkosti ktoré sú aktuálne kompenzované
- Dieťaťu by prospelo začlenenie/ integrácia (individuálna odborná starostlivosť)
- Iné odporúčania, ktoré by boli pre žiaka vo výchovno-vzdelávacom procese efektívne
- Uveďte aké:

Uveďte známky z posledného vysvedčenia:

Šk. rok	SJL	ANJ	CJ2	MAT	BIO	DEJ	FYZ	CHE

Mená a podpisy osôb, ktoré sa podieľajú na náprave:

.....
triedny učiteľ

.....
špec. pedagóg

.....
šk. psychológ

.....
asistent

.....
iní:

Dátum:

podpis učiteľa/odb. zamestnanca, ktorý prihlášku vyplnil

K prihláške na kontrolné vyšetrenie žiadame doložiť vyhodnotenie vzdelávania formou školskej integrácie za posledné hodnotiace obdobie a aktuálne IVVP.

Ďakujeme za vyplnenie prihlášky.

PRÍLOHA K ŽIADOSTI O KONTROLNÉ VYŠETRENIE – VYPLNÍ RODIČ

Meno a priezvisko žiaka:		Dátum nar.:
Bydlisko:		
ZŠ	Ročník	Tried. učiteľ/ka, kontakt:

Ako sa zmenili ťažkosti vášho dieťaťa od posledného vyšetrenia?

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

Ako vnímate efektívnosť a uplatňovanie odborných odporúčaní v školskom prostredí?

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

Ako by ste charakterizovali spoluprácu so školou?

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

Čo ste urobili pre zlepšenie prípadne odstránenie problému a aký to malo účinok?

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

Iné vyjadrenie rodičov/ zákonných zástupcov k realizácii a plneniu vzdelávacieho programu (ako prebiehala starostlivosť, platili dohodnuté pravidlá, došlo k zlepšeniu, zmierneniu ťažkostí, návrhy do budúcnosti, konzultácie s pedagógmi a odb. zamestnancami a pod.)

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

Dátum:

podpis rodiča/ zákonného zástupcu