SPOJENÁ ŠKOLA JÁNA VOJTAŠŠÁKA INTERNÁTNA

Kláštorská 24/a, 054 01 Levoča

**Centrum špeciálno-pedagogického poradenstva**

Zdrojové centrum pre deti a žiakov so sluchovým postihnutím

**Dátum: Číslo:**

**ŽIADOSŤ O DIAGNOSTICKÉ VYŠETRENIE**

**dieťaťa / žiaka**

**Zákonný zástupca/škola:**.............................................................................................................................................................................

**Adresa:** ............................................................................................................................................................................................................

**Telefónne číslo:** ............................................................................ **e mail:** ................................................................................................

**žiadam o diagnostické vyšetrenie:**

 **špeciálno-pedagogické logopedické psychologické pedopsychiatrické**

**Meno a priezvisko dieťaťa/žiaka:** ............................................................................................................................................................

**Bydlisko:** ............................................................................................................................................................................................................

**Dátum narodenia:** ..........................................................................................................................................................................................

**Škola, ročník, rok školskej dochádzky:** ..................................................................................................................................................

**Dátum posledného špeciálno-pedagogického vyšetrenia:** ...........................................................................................................

**Dátum posledného logopedického vyšetrenia:** .................................................................................................................................

**Dátum posledného psychologického vyšetrenia:** ............................................................................................................................

**Informovaný súhlas zákonného zástupcu dieťaťa:**

1 . V súlade so zákonom č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní a o zmene a doplnení niektorých zákonov, **súhlasím** s diagnostickým vyšetrením (psychologickým, špeciálno-pedagogickým vyšetrením, logopedickým) a poskytovaním psychologickej a špeciálno-pedagogickej starostlivosti (psychologické vyšetrenie a poradenstvo, špeciálno-pedagogické vyšetrenie, rediagnostika, a iné odborné činnosti) môjmu dieťaťu v CŠPP, Kláštorská 24/a, Levoča.

2. **Súhlasím** / **Nesúhlasím** aby CŠPP spracúvalo mnou poskytnuté úradné doklady kopírovaním, skenovaním alebo iným zaznamenávaním, ak je to nevyhnutné pre jej odbornú činnosť. Týka sa to - *lekárskych správ, nálezov z  psychologického, logopedického a špeciálno-pedagogického vyšetrenia.*

3*.* **Súhlasím / Nesúhlasím** so zaslaním správy z diagnostického vyšetrenia škole, ktorú moje dieťa navštevuje.

4*.* **Súhlasím / Nesúhlasím** so zaslaním správy z diagnostického vyšetrenia lekárovi.

5. **Súhlasím / Nesúhlasím** s diagnostickým vyšetrením v doprovode pedagogického/odborného zamestnanca školy.

6. Centrum špeciálno-pedagogického poradenstva pri Spojenej škole Jána Vojtaššáka internátnej spracúva osobné údaje v súlade so Záväznými zásadami spracúvania osobných údajov, vydaných riaditeľom SŠJVI, dňa 24.05.2018, zverejnených na webovom sídle SŠJVI.

**Meno a priezvisko zákonného zástupcu**:

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

V ............................................................, dňa................................................ Podpis: .....................................................................................

**V prípade, ak podnet na diagnostické vyšetrenie dáva škola:**

V............................................................., dňa ...............................................

..................................................................................... Podpis: .....................................................................................

 pečiatka riaditeľ/ka školy