



**ŽIADOSŤ ŠKOLY
O PSYCHOLOGICKÉ, ŠPECIÁLNO-PEDAGOGICKÉ
VYŠETRENIE A PORADENSTVO
INFORMOVANÝ SÚHLAS**

Meno a priezvisko žiaka:

Dátum narodenia:

Rodné číslo:

Národnosť:

Adresa trvalého pobytu:

PSČ:

Okres:

Adresa prechodného pobytu:

PSČ:

Okres:

Zákonný zástupca:

Tel. č.:

E-mail:

Škola:

Trieda:

Opakovanie ročníka (kedy):

Triedny učiteľ:

Diagnostika (platné označte x)

áno

nie

Rediagnostika

áno

nie

A. Dôvod, prečo žiadate vyšetrenie žiaka:

B. Podrobne charakterizujte problémy žiaka v učení (aké sú, v ktorých predmetoch sa prejavujú, kedy sa u žiaka vyskytli...):



C. Charakterizujte problémy žiaka v správaní, resp. osobnostné problémy (aké sú, kedy sa vyskytujú, ako často):

D. Charakterizujte silné stránky dieťaťa (v čom dieťa vyniká, pozitívne osobnostné črty, záujem o mimoškolské aktivity...):

E. Čo ste urobili pre zlepšenie, prípadne odstránenie problému (popíšte čo ste urobili a aký to malo účinok):

F. Čo očakávate od vyšetrenia v poradni:

G. Čo očakáva rodič od vyšetrenia:

Prílohy:

- ukážky prác žiaka
- kópia posudku (ak bol žiak vyšetrený na inom pracovisku ako v CPPP a P v Hlohovci)

Ako zákonný zástupca dieťaťa, ktorý žiada o odborné vyšetrenie v CPPP a P v Hlohovci vyhlasujem, že na základe informácií, ktoré mi poskytol odborný zamestnanec:

- Súhlasím s odborným psychologickým, špeciálnopedagogickým vyšetrením a poradenstvom môjho dieťaťa v CPPP a P.
 - Dobrovoľne poskytnem osobné údaje dieťaťa i moje osobné údaje, pretože sú potrebné k odbornému vyšetreniu.
-



- Zároveň vyhlasujem, že dobrovoľne poskytnem všetky dôležité údaje z doterajšieho vývinu môjho dieťaťa, resp. z môjho vývinu, pretože si uvedomujem, že sú nevyhnutné, ak sa má dospieť k zodpovednému a kvalitnému riešeniu školou uvádzaného problému.
- Súhlasím s tým, aby bolo moje dieťa, resp. moja osoba účastníkom stretnutí potrebných pre odborné vyšetrenie a inú odbornú pomoc poskytovanú odbornými zamestnancami CPPPaP, ktoré sú zamerané na optimalizáciu osobnostného a vzdelávacieho vývinu môjho dieťaťa/mojej osoby.
- Súhlasím s tým, aby odborný zamestnanec CPPPaP rozhodol o prítomnosti zákonného zástupcu alebo inej osoby na vyšetrení môjho dieťaťa/mojej osoby.
- Súhlasím s prípadnými odbornými konzultáciami s ďalšími odborníkmi podľa rozhodnutia vyšetrujúceho (napr. pedagóg, logopéd, neurológ, psychológ, psychiater a ďalší).
(platné označte x) áno nie
- Súhlasím so zaslaním správy z vyšetrenia do školy áno nie

Osobné údaje uvedené v „ŽIADOSŤ ŠKOLY O PSYCHOLOGICKÉ, ŠPECIÁLNO-PEDAGOGICKÉ VYŠETRENIE A PORADENSTVO“, vrátane príloh sú spracovávané **Centrom pedagogicko-psychologického poradenstva a prevencie** ako prevádzkovateľom, v súlade s platnou právnou úpravou zo zákonných dôvodov podľa Nariadenia 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 a zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a zmene a doplnení niektorých zákonov, na základe zákonného právneho základu, ktorý je presne uvedený na stránke <http://www.centrumhc.sk/gdpr> za účelom, ktorý je predmetom tejto žiadosti. Doba platnosti spracovávania sa viaže na dobu trvania preukázateľného účelu spracúvania osobných údajov dotknutej osoby. Údaje budú uchovávané po dobu stanovenú registratúrnym poriadkom v zmysle platnej legislatívy a po uplynutí príslušných lehôt budú zlikvidované. Dotknutá osoba môže od prevádzkovateľa požiadať prístup k jej osobným údajom, má právo na ich opravu, právo namietať proti spracúvaniu, ak spracúvanie osobných údajov je nezákonné na základe rozhodnutia úradu na ochranu osobných údajov alebo iného orgánu príslušného na rozhodnutie o nezákonnom spracúvaní ako aj právo podať sťažnosť dozornému orgánu. Predmetné práva si dotknutá osoba môže uplatniť písomne dorúčením žiadosti na adresu: Centrum pedagogicko-psychologického poradenstva a prevencie, P.O.BOX 113, Fraštická 4, 920 01 Hlohovec, Slovenská republika, alebo osobne. Podrobnejšie informácie o ochrane osobných údajov sú na webovej stránke: <http://www.centrumhc.sk/>

V Hlohovci, dňa

podpis
zákonného zástupcu

podpis
triedneho učiteľa

pečiatka a podpis
riaditeľa školy

vyšetruje

Koordinátor klienta: