

Názov zariadenia (ZŠ/MŠ/SŠ) alebo meno a adresa zákonného zástupcu dieťaťa:

.....

Prihláška na psychologické vyšetrenie

Meno a priezvisko dieťaťa (žiaka): Dátum narod.:

Rodné číslo: Tel. kontakt (na rodiča):

Národnosť: Materinský jazyk:

Adresa:

Mená rodičov:

Navštevuje ZŠ/MŠ/iné zariadenie: Ročník ZŠ:

Detský lekár: Triedny učiteľ:

Bol(a)/nebol(a) vyšetrený(á) v CPP, ak áno, približne kedy:

Vyšetrenie žiada:

Dôvod vyšetrenia a podrobný popis ťažkostí v učení alebo v správaní, charakterizujte konkrétne prejavy problémov v učení alebo správaní:

Iné dôležité údaje, postrehy o rodine alebo dieťaťi priložte k prihláške.

Návrh na vyšetrenie bol prekonzultovaný s rodičmi, ktorí súhlasia s vyšetrením.

Dátum vyplnenia prihlášky:

.....
podpis rodiča

.....
podpis riaditeľa
a pečiatka zariadenia

Poznámka: Vami vyplnené údaje sú dôverné a slúžia k spresneniu diagnostiky a pomoci žiakovi, škole či rodine.