

Žiadosť o vyšetrenie dieťaťa:

Požadované podčiarknite:                         - psychologické                         - špeciálno-pedagogické                         -logopedické

Meno dieťaťa: ..... Dátum narodenia: .....

Bydlisko: ..... Škola: ..... Trieda: .....

Dňa: .....  
.....  
..... podpis zákonného zástupcu

Informovaný súhlas zákonného zástupcu dieťaťa

Súhlasím (informovane) s poskytnutím odbornej starostlivosti môjmu dieťaťu:.....  
.....  
..... dátum narodenia:..... bydlisko:.....  
.....  
v zmysle Vyhlášky MŠ SR č.325/2008 o školských zariadeniach výchovného poradenstva a prevencie.

Súhlasím s evidovaním a spracovaním osobných údajov v zmysle Zákona o ochrane osobných údajov č. 122/2013 za účelom poskytovania odbornej starostlivosti, najviac na dobu ukončenia prípravy na povolanie v zmysle zákona. Súhlasím so zaslaním správy o psychologickom, špeciálno – pedagogickom a logopedickom vyšetrení do školy v zmysle § 7 ods. 6 zákona č. 428/2002 Z. z. a v zmysle vyhl. MŠ SR 325/2008.

Potvrďujem, že v rámci poskytnutia informovaného súhlasu som bol(a) oboznámený(á) so svojimi právami a bolo mi dané poučenie o účele, povahe, následkoch a rizikách poskytnutia odbornej starostlivosti, o možnostiach voľby navrhovaných postupov a rizikách odmietnutia psychologickéj, špeciálno – pedagogickéj a logopedickéj starostlivosti. Som si vedomý(á), že svoj súhlas môžem kedykoľvek slobodne odvolať.

Poučenie mi bolo podané zrozumiteľne, ohľaduplne, bez nátlaku s možnosťou slobodne sa rozhodnúť pre informovaný súhlas. Pri podpisovaní tohto súhlasu nemám žiadne otázky.

Dňa:.....  
.....  
..... podpis zákonného zástupcu

Čestné prehlásenie

Týmto čestne prehlasujem, že moje dieťa: ..... dátum narodenia:.....  
adresa trvalého pobytu: .....  
nie je evidované ako klient žiadneho iného Centra špeciálno-pedagogického poradenstva a pre účely zberu údajov na účely rozdeľovania a poukazovania výnosu dane mestám môže byť zaevidované v Súkromnom centre špeciálno-pedagogického poradenstva, Slnečná 34, 974 04 Banská Bystrica. Súhlas na započítanie do zberu údajov sme poskytli len jednému centru.  
Meno a priezvisko zákonného zástupcu dieťaťa: .....  
Adresa trvalého pobytu: ..... Kontaktný údaj (telefón, mail):.....  
Dňa:.....  
.....  
..... podpis zákonného zástupcu

Rozhodnutie

číslo: ..... V Banskej Bystrici, dňa :

Riaditeľka Súkromného centra špeciálno-pedagogického poradenstva ako súčasť Súkromnej špeciálnej materskej školy, Slnečná 34, 974 04 Banská Bystrica, podľa § 5 ods. 6 písm. a) a podľa § 38 ods. 3 a 6 zák. č. 596/2003 Z. z. o štátnej správe v školstve a školskej samospráve v platnom znení v návaznosti na § 133 zák. č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon)

PRIJÍMA: meno a priezvisko: .....dátum narodenia : .....

bytom: .....

žiaka/žiačku: ..... od..... na dobu neurčitú do odbornej starostlivosti Súkromného centra špeciálno-pedagogického poradenstva ako súčasť Súkromnej špeciálnej materskej školy, Slnečná 34, 974 04 Banská Bystrica.

**Odôvodnenie:** Rodič (zákonný zástupca) požiadal/a o vyšetrenie svojho syna/dcéry v Súkromnom CSPP, Slnečná 34, 974 04 Banskej Bystrici. Po preskúmaní špeciálnych výchovno-vzdelávacích potrieb menovaného riaditeľka SCŠPP v Banskej Bystrici rozhodla tak, ako je uvedené vo výroku tohto rozhodnutia.

**Poučenie:** Proti tomuto rozhodnutiu možno v súlade s § 38 ods.6 až 9 zákona č. 596/2003 Z. z. o štátnej správe v školstve a školskej samospráve a o zmene a doplnení niektorých zákonov podať žiadosť o jeho preskúmanie v lehote do 15 dní odo dňa jeho doručenia riaditeľke SCŠPP v Banskej Bystrici, ktorý rozhodnutie vydal.

Mgr. Iveta Šváčová  
riaditeľka SCŠPP

Rozhodnutie dostanú:           1. klient (zákonný zástupca)   2. k spisu

Rozhodnutie prevzal klient, resp. zákoný zástupca dňa ....., čo potvrdzuje svojím podpisom a vzdáva sa práva na podanie žiadosti o jeho preskúmanie, čo taktiež potvrdzuje svojím podpisom

.....  
..... podpis zákonného zástupcu