Súkromné centrum špeciálno-pedagogického poradenstva, Cyrila a Metoda 4, 048 01 Rožňava
Tel.: 0907 942 104, 0911 646 943, e-mail: scspp.rv@gmail.com

ŽIADOSŤ O LOGOPEDICKÉ VYŠETRENIE ŽIAKA ZÁKLADNEJ ŠKOLY

Meno a priezvisko dieťaťa:.....
Bydlisko:.....
Dátum narodenia:.....
Meno, priezvisko a dátum narodenia matky:.....
Meno, priezvisko a dátum narodenia otca:.....

Základná škola dieťaťa:.....
Ročník:..... Rok školskej dochádzky:..... Opakovalo ročník:.....
Bolo dieťa psychologicky vyšetrené? (kedy, kde).....
Bolo dieťa špeciálno – pedagogicky vyšetrené? (kedy, kde).....
.....
Dôvod žiadosti o logopedické vyšetrenie (druh problému a jeho stručný popis):

.....
Je dieťa pod lekárskym dohľadom?(prečo, kde):.....
.....

Vyšetrenie žiada - odporúča:.....

....
triedny (a) učiteľ (ka) riaditeľ (ka) školy

pečiatka školy

Súhlas/nesúhlas zákonného zástupcu žiaka/študenta (nehodiace prečiarknite):

V súlade so Zákonom č. 245/2008 Z.z. o výchove a vzdelávaní a o zmene a doplnení niektorých zákonov, Zákonom č. 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov, Zákonom č. 596/2003 Z.z. o štátnej správe v školstve a školskej samospráve v znení neskorších predpisov

1. Súhlasím/nesúhlasím * s poskytnutím **logopedickej starostlivosti, vrátane logopedickej diagnostiky** môjho dieťaťa.....,
nar.…….....v:.....,bytom: .....

2. Súhlasím/nesúhlasím * **s evidovaním a spracovaním jeho a mojich osobných údajov** v SCŠPP Rožňava za účelom poskytovania logopedickej starostlivosti.

3.Súhlasím/nesúhlasím * **s interpretáciou výsledkov triednemu učiteľovi z dôvodu ich využitia pre zefektívnenie výchovno-vzdelávacieho procesu.**

Potvrdzujem, že v rámci poskytnutia informovaného súhlasu som bol(a) oboznámený(á) so svojimi právami a bolo mi dané poučenie o účele a povahe poskytnutia logopedickej starostlivosti. **Som si vedomý(á), že svoj súhlas môžem kedykoľvek slobodne odvolať.** Poučenie podpisujem bez nátlaku, s možnosťou sa slobodne rozhodnúť.

.....
podpis zákonného zástupcu

* Nehodiace sa preškrtnite