

Prihláška

na psychologické vyšetrenie

Rodné číslo:

Meno a priezvisko dieťaťa:..... dátum nar.....

Meno a priezvisko zákonného zástupcu dieťaťa:.....

Adresa:..... tel. č:.....

Škola:..... trieda:..... triedny učiteľ:.....

Poznámka (zdravotné problémy, zvláštnosti v správaní, iné):.....

.....

.....

.....

Podmienky rodiča za ktorých súhlasí s psychologickým vyšetrením dieťaťa:

Vyšetrenie žiada realizovať v priestoroch CPPPaP:

Vyšetrenie žiada realizovať v škole:

Rodič súhlasí aby odborný zamestnanec CPPPaP v Senci:
pracoval dieťaťom v škole bez prítomnosti rodiča *meno a priezvisko odb. zam.*

Pozn. Bol som oboznámený s podmienkami spolupráce s CPPPaP v Senci, poskytujem informovaný súhlas so psychologickým vyšetrením svojho dieťaťa a s evidovaním a spracovávaním mojich osobných údajov v Centre pedagogicko-psychologického poradenstva a prevencie v Senci, *za účelom poradensko – psychologickéj (psychodiagnostickéj, redukačnej a terapeutickéj) pomoci mojej osobe (môjmu dieťaťu), počas navštevovania CPPPaP v Senci, resp. v škole, (max. po dobu 10 rokov).

***hodiace sa podčiarknite**

****Prehlasujem, že som bol(a) oboznámený(á) s podmienkami BOZP a PO v priestoroch CPPPaP v Senci.**

.....
Podpis zákonného zástupcu

Pozvaný na deň: ohod

Na vyšetrenie sa dostavil dňa:

Na vyšetrenie sa nedostavili Oznámené do ZŠ dňa:.....

Pozn.: CPPPaP v Senci zabezpečuje ochranu osobných údajov v zmysle zákona o osobných údajoch č. 428/2002.