

Centrum poradenstva a prevencie

Bakalárska 2, 971 01 Prievidza,

# 🕿 046/519 95 23 🕿 0918/028 487 🕿 046/519 95 11 🕿 046/542 70 88

**ŽIAdosŤ**

**zákonných zástupcov o poskytnutie služieb vykonávaných v CPP**

**Žiadam o poskytnutie odborných** /psychologických, špeciálno-pedagogických, sociálno-pedagogických/ **služieb** (vyšetrenie, terapia, korekcia, poradenstvo, reedukácia) \* **v CPP Prievidza**

***svojmu dieťaťu:*** *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dátum narodenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Rodné číslo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Trvalé bydlisko:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Adresa školy: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Trieda: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Meno a priezvisko zákonného zástupcu č.1: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Trvalé bydlisko ZZ 1: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Tel. kontakt: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Meno a priezvisko zákonného zástupcu č.2: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**Doteraz vedené v CPP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Špecifikácia služby: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Súhlasím s psychologickým,  špeciálno-pedagogickým, sociálno-pedagogickým vyšetrením, (reedukáciou, korekciou, terapiou, poradenstvom )\*svojho dieťaťa, spracovaním jeho a mojich osobných údajov podľa zákona 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov a § 2 písm. z) zákona 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon). Súhlasím s vytvorením fotokópií lekárskych správ a nálezov týkajúcich sa zdravotného stavu môjho dieťaťa a ich použitím pre potreby poskytovania starostlivosti CPP môjmu dieťaťu. Bol som riadne poučený o dôsledkoch svojho súhlasu.**

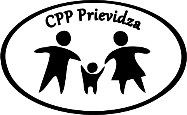
**Svojim podpisom dávam zároveň súhlas s prijatím svojho dieťaťa do starostlivosti CPP Prievidza.**

**Čestne vyhlasujem, že moje dieťa nie je klientom iného CPP, resp. nie je mu poskytovaná rovnaká starostlivosť v inom CPP.**

**V Prievidzi: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Podpis zákonného zástupcu č. 1: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Podpis zákonného zástupcu č. 2: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(\*nehodiace sa prečiarknite)



Centrum poradenstva a prevencie

Bakalárska 2, 971 01 Prievidza,

# 🕿 046/519 95 23 🕿 0918/028 487 🕿 046/519 95 11 🕿 046/542 70 88

**ŽIAdosŤ**

**zákonných zástupcov o poskytnutie služieb vykonávaných v CPP**

**Žiadam o poskytnutie odborných** /psychologických, špeciálno-pedagogických, sociálno-pedagogických/ **služieb** (vyšetrenie, terapia, korekcia, poradenstvo, reedukácia) \* **v CPP Prievidza**

***svojmu dieťaťu:*** *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dátum narodenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Rodné číslo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Trvalé bydlisko:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Adresa školy: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Trieda: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Meno a priezvisko zákonného zástupcu č.1: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Trvalé bydlisko ZZ 1: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Tel. kontakt: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Meno a priezvisko zákonného zástupcu č.2: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**Doteraz vedené v CPP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Špecifikácia služby: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Súhlasím s psychologickým,  špeciálno-pedagogickým, sociálno-pedagogickým vyšetrením, (reedukáciou, korekciou, terapiou, poradenstvom )\*svojho dieťaťa, spracovaním jeho a mojich osobných údajov podľa zákona 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov a § 2 písm. z) zákona 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon). Súhlasím s vytvorením fotokópií lekárskych správ a nálezov týkajúcich sa zdravotného stavu môjho dieťaťa a ich použitím pre potreby poskytovania starostlivosti CPP môjmu dieťaťu. Bol som riadne poučený o dôsledkoch svojho súhlasu.**

**Svojim podpisom dávam zároveň súhlas s prijatím svojho dieťaťa do starostlivosti CPP Prievidza.**

**Čestne vyhlasujem, že moje dieťa nie je klientom iného CPP, resp. nie je mu poskytovaná rovnaká starostlivosť v inom CPP.**

**V Prievidzi: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Podpis zákonného zástupcu č. 1: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Podpis zákonného zástupcu č. 2: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(\*nehodiace sa prečiarknite)