**Pedagogicko-psychologická poradňa ………………………..**

**Pracovisko:**

Priezvisko a meno: ................................................................................... nar. ..............................

Bydlisko s adresou, PSČ: ........................................................................ č. tel. ............................

Žiak triedy: ......................, Škola .........................................................v ........................................

**Veľmi dôverné**

**Oznámenie rodičom**

Vážení rodičia, plnoletý klient,

vášmu dieťaťu bude v našom zariadení poskytnutá odborná poradenská starostlivosť. Preto potrebujeme aj vašu spoluprácu. Žiadame vás o pozorné a pravdivé vyplnenie nasledujúceho dotazníka. Dotazník vyplňte vo všetkých rubrikách.

Pri naznačených odpovediach stačí:

**a) podčiarknuť vhodnú položku;**

**b) prípadne zaškrtnúť rámček pri správnej odpovedi.**

Vaše oznámenie považujeme za absolútne dôverné, určené iba pre naše vnútorné účely. Jeho obsah bude chránený v súlade s Nariadením Európskeho parlamentu a Rady 2016/679 (ďalej len Nariadenie).

V prípade takéhoto testu, bude školské poradenské zariadenie postupovať podľa novely školského zákona č. 82/2015 Sb. v znení ďalších zmien, podľa § 16, 16a ods. 3 a 4., 17, 28, 116 a podľa vyhlášky č. 27 / 2016 Sb. v znení neskorších zmien, § 11, 12, 13, 14, 15.

Správa a odporúčania bude poskytnutá tomu, komu je poskytovaná poradenská pomoc. Pri vydaní správy a odporúčania je zákonný zástupca alebo plnoletý klient informovaný o ich obsahu.

**Poučenie zákonných zástupcov/plnoletého klienta podľa vyhlášky č. 72/2005 Sb. v znení neskorších zmien v novele vyhlášky č. 197 Sb. v znení neskorších zmien, vyhl. č. 27/2016 Sb. v znení neskorších zmien:**

1. Na základe súhlasu zákonného zástupcu alebo plnoletého klienta poskytujú odborní pracovníci poradenského zariadenia: konzultačnú, nápravnú, metodickú či terapeutickú starostlivosť a odporučia súčinnosť s ďalšími odbornými pracoviskami. V prípade potreby vykonáva tiež vyšetrenie dieťaťa, žiaka a študenta s cieľom nastaviť podporné opatrenia psychológom (sledujú sa napr. rozumové schopnosti, vedomosti, zručnosti, štýl učenia, vlastnosti osobnosti, vhodnosť budúcej voľby povolania) a špeciálnym pedagógom (zisťuje predovšetkým úroveň čitateľských, písomných a matematických zručností).

2. Časový rozsah zodpovedá povahe potrebnej poradenskej starostlivosti približne asi 1 - 5 hodín (podľa povahy ťažkostí môže prebehnúť len psychologické alebo špeciálne pedagogické vyšetrenie, alebo obidve, psychologické i špeciálne pedagogické vyšetrenie).

3. **Cieľom je odpovedať, čo by mohlo prispieť k tomu, aby sa ťažkosti, ktoré sú dôvodom poradenskej starostlivosti, zmiernili alebo pominuli.**  Na základe výsledkov poradenskej starostlivosti poradenskí pracovníci odporučia vhodné nápravné postupy alebo vyplývajúce podporné opatrenia.

4. Je nutné upozorniť na **riziko**, ktoré sa môže prejaviť v prípade oneskorenia alebo nedodržania odporúčania. Poskytnutá služba môže klientovi priniesť nevýhody najmä v prípade, že výsledky odborných zistení budú v rozpore s očakávaním klienta alebo jeho zákonného zástupcu, alebo v prípade, že sa odborní pracovníci hodnoverným spôsobom dozvedia, že je páchaný alebo pripravovaný trestný čin (tzv. ohlasovaciu povinnosť).

5. **Prospech z poskytnutej poradenskej služby** môžeme očakávať po odhalení príčiny a povahy ťažkostí spolu s následným odporučením vhodného spôsobu klientovho ďalšieho vzdelávania alebo výchovy. Na zmiernenie alebo odstránenie prejavu ťažkostí klienta môže napomôcť aj vedenie odborným zamestnancom.

6. Pred poskytnutím poradenskej starostlivosti zákonný zástupca alebo plnoletý klient podpíše informovaný súhlas s poskytovaním poradenskej starostlivosti, ktorý je platný počas poskytovania poradenskej služby. O poskytovaných službách je vedená dokumentácia tak, aby klient neutrpel ujmu na svojich právach a bol chránený pred neoprávneným zásahom do jeho súkromného a osobného života.

7. Rodič má právo kedykoľvek opäť požiadať o poskytnutie poradenskej služby, právo na prejednanie vyplýva z § 16 a ods. 5 školského zákona. Taktiež má právo žiadať o revíziu podľa § 16b školského zákona a právo podať podnet ČŠI podľa § 174 ods. 5 školského zákona.

8. Ak bude výsledkom poradenskej starostlivosti diagnostika, vypracuje odborný pracovník podľa vyhlášky č. 27/2016 Sb. v znení neskorších noviel, správu a odporúčania.

9. Informácie o kontaktoch, účeloch a právnych základoch spracovania a vašich právach v oblasti ochrany osobných údajov sú uvedené na webových stránkach poradenského zariadenia (http://www.pepor-plzen.cz/).

Kategórie spracovávaných osobných údajov si môžete pozrieť na webových stránkach PPP ………………………..

Ak sa nemôžete dostaviť, žiadame o včasné oznámenie, aby sme mohli pozvať iného záujemcu.

Termín prípadného kontrolného vyšetrenia bude vždy uvedený v odporúčaní.

Ďakujeme vám za spoluprácu.

V ……….. . .. 20…

Riaditeľ(ka) PPP

**Zo životopisu**

**Otec:** Meno, priezvisko: …………………………………………………………………………

Telefón:……………………………… E-mail:…………………………………………………

**Matka:** Meno, priezvisko: ……………………………………………………………………….

Telefón:……………………………… E-mail:…………………………………………………

Vyskytujú sa v rodine problémy zdravotného, výučbového či výchovného charakteru aj u ostatných členov:

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

Akým jazykom hovoríte doma:……………………………………………………………….

Rodina je úplná: [ ]  áno - [ ]  nie Dieťa vychováva: [ ]  matka – [ ]  otec - iná osoba ....................

Striedavá starostlivosť: [ ]  áno - [ ]  nie

Pestúnska starostlivosť: [ ]  áno - [ ]  nie

**Nevlastný rodič, pestún:**

Meno, priezvisko: ……………………………………… ………………..……………………..

Telefón:……………………………… E-mail:…………………………………………………

Tehotenstvo bolo: normálne – rizikové? Mala matka problémy: nie - áno?

Aké mala matka problémy (zvracanie, krvácanie, nevoľnosti, choroby - aké, v ktorom mesiaci):

…………………………………………………………………………………………………..

Dieťa bolo [ ]  donosené – [ ]  nedonosené – [ ]  prenosené – pôrod v ………………...………..mesiaci

Pôrod bol [ ]  normálny – [ ]  problémy (aké)?

………………………………………………………………….

Dieťa po narodení [ ]  bolo – [ ]  nebolo kriesené, [ ]  malo – [ ]  nemalo novorodeneckú žltačku, [ ]  malo – [ ]  nemalo zdravotné problémy

(aké)?................................................................................................

Dieťa [ ]  bolo dojčené do ………….. týždňov, [ ]  nebolo dojčené.

Doteraz sa u dieťaťa vyskytli tieto choroby, napr.:

Osýpky Žihľavka Zápal stredného ucha

Rubeola Angíny Úraz hlavy

Ovčie kiahne Črevné ochorenie Zápal mozgových blán

Mumps Šarlach iné

Bolo dieťa vážnejšie choré: [ ]  nie - [ ]  áno? O akú chorobu šlo?………………………

.......................................................................................................................................................

Bolo dieťa hospitalizované: [ ]  nie - [ ]  áno? Koľko malo rokov, ako dlho, dôvod ……………...

…………………………………………………………………………………………………...

Je dieťa v starostlivosti nejakého odborníka? (napr. psychológa, psychiatra, foniatra, neurológa, logopéda, a pod.) [ ]  áno - [ ]  nie

Akého:…………………………………………………………………………………………

Dieťa začalo: sedieť v ……………….mes. hovoriť slovíčka v …………………mes.

 liezť v ..………….……. mes. hovoriť vetami v …………………mes.

 chodiť v ..………….……. mes.

Telesnú čistotu začalo zachovávať v ………………………………………………………...

Teraz sa [ ]  pomočuje [ ]  v noci – [ ]  cez deň – [ ]  nepomočuje sa.

**Hrubá motorika** (obratnosť, ovládanie a držanie tela, koordinácia horných a dolných končatín- napr. skákanie, jazda na bicykli, korčuliach, lyžiach, skok cez švihadlo, hry s loptou a pod.):

 [ ]  obratný - [ ]  neobratný v čom:………………………………………… ……………

**Jemná motorika** (motorika prstov a artikulačných orgánov - napr. stavanie kociek, artikulačná neobratnosť, navliekanie korálikov, strihanie, lepenie, manipulácia s drobnými predmetmi)

[ ]  obratný - [ ]  neobratný v čom:……………………………………………………

**Pri práci a kreslení dáva prednosť** [ ]  pravej ruke – [ ]  ľavej ruke- [ ]  strieda obe ruky.

V rodine sa vyskytuje/vyskytoval ľavák: [ ]  áno - [ ]  nie Kto?......................................................

U dieťaťa sa vyskytujú:

bolesti hlavy nápadná živosť neporiadnosť nervozita

poruchy spánku nepokoj úzkosť, neistota neposlušnosť

poruchy jedla výbuchy zlosti ničení vecí klamanie

poruchy reči vzdor, odvrávanie agresivita, bitky koktanie

nezručnosť pomalosť, unaviteľnosť problémy pri výslovnosti hlások ľakavosť, plachosť

neobratnosť nesústredenosť nesprávne zostavuje vety záškoláctvo

stránenie sa detí vyvolávanie konfliktov užívanie nesprávnych tvarov kradnutie vecí

bláznenie sa pasivita pri nadväzovaní kontaktov malá slovná zásoba sexuálne poruchy

**Poruchy zmyslových orgánov**: krátkozrakosť, nedoslýchavosť, ..................................................

**Navštevovalo/navštevuje MŠ:** **[ ]** áno [ ]  nie Od koľkých rokov:…………………………

**Odklad školskej dochádzky** [ ]  áno – [ ]  nie

V roku: ……………………………………………..

**Navštevoval prípravný ročník:** áno - nie?

Bolo dieťa už psychologicky alebo špeciálne pedagogicky vyšetrované? [ ]  áno – [ ]  nie

Kedy a kde? ......................................................................................................................

**II. Dôvod návštevy poradenského zariadenia**

Aký je dôvod návštevy:…………………………………………………………………….

Na čí podnet: rodičia - škola - iní (kto)……………………………………………………..

Popíšte problémy dieťaťa, žiaka, študenta doma:………………………………………………….

 .....................................................................................................................................................

……………………………………………………………………………………………….......

…………………………………………………………………………………………………...

Popíšte problémy dieťaťa, žiaka, študenta v škole, školskom zariadení:…………………………

…………………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………….......

Popíšte aké má prednosti, v čom je šikovné…………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………...

\*Dochádza klient v rámci školy do: družiny [ ]  áno - [ ]  nie

 krúžku v rámci školy [ ]  áno - [ ]  nie

Dochádza klient do záujmovej organizácie mimo školu: Dom detí [ ]  áno - [ ]  nie

 ZUŠ [ ]  áno - [ ]  nie

\*)Denne sa v priemere učí asi:………………………………………………………………..

\*)Učí sa: [ ]  pravidelne - [ ]  nepravidelne - [ ]  iba niekedy - [ ]  vôbec nie

\*)Vzťah k učeniu: [ ]  učí sa sám, bez pripomienok- [ ]  potrebuje občasný dohľad - [ ]  potrebuje stály dohľad

\*)Učí sa sám [ ]  áno - [ ]  nie Pri učení mu pomáha…………………………………………

\*) Pozn.: nevypĺňať v prípade detí MŠ

**III. Záver**

Striedavá starostlivosť: [ ]  áno - [ ]  nie

V prípade striedavej starostlivosti správu dostane [ ]  matka – [ ]  otec - [ ]  iný zákonný zástupca………..

Beriem na vedomie, že ak bude výstupom poradenskej starostlivosti odporúčanie podporných opatrení pre deti, žiakov, študentov so špeciálnymi vzdelávacími potrebami 1. až 5. stupňa, odporúčanie bude zaslané vždy škole, školskému zariadeniu.

**V prípade neúplného vyplnenia tohto dotazníka beriem na vedomie, že nemožno realizovať ďalšiu poradenskú starostlivosť, pretože nebola žiadateľom poskytnutá potrebná súčinnosť k naplneniu cieľa poradenskej služby podľa vyhl. č. 72/2005 Sb. v znení neskorších noviel, vyhl. č. 27/2016 Sb. v znení neskorších noviel.**

V................................... dňa........................ .................................

Podpisy

Ďalšie oznámenia: