



Ž I A D O S Ť

o preventívne logopedické vyšetrenie

Meno dieťaťa: RČ:

Mená rodičov (zákonného zástupcu):

Bydlisko: tel. číslo:

Materská škola: trieda:

Kto vyšetrenie žiada:

Vážení rodičia!

Predpokladom školskej úspešnosti Vášho dieťaťa pri nástupe do základnej školy je zvládnutie správnej výslovnosti. Toto má zásadný vplyv na rýchlosť a kvalitu osvojovania vedomostí a zručností pri nácviiku čítania a pri jazykovom vyučovaní. Vyšetrenie má preventívny a informatívny charakter a pomáha predchádzať poruchám učenia (dysfunkcie).

Ponúkame Vám možnosť logopedického vyšetrenia Vášho dieťaťa s tým, že v prípade potreby ďalšej logopedickej alebo inej odbornej pomoci zostáva na Vašom rozhodnutí, akú pomoc vyhľadáte. Vyšetrenie je dobrovoľné, uskutoční sa v priestoroch MŠ v termíne oznámenom riaditeľstvom MŠ. Vyšetrenie bude uskutočnené logopedičkami CPP Ružomberok.

Naša služba je bezplatná.

Informovaný súhlas

V zmysle § 2 ods. y) Zákona č. 245/2008 o výchove a vzdelávaní a o zmene a doplnení niektorých zákonov svojím podpisom potvrdzujem, že mi boli poskytnuté informácie o psychologickom, špeciálnopedagogickom, logopedickom vyšetrení, že som bol riadne poučený/á o účele, dôsledkoch a rizikách poskytnutia odbornej starostlivosti v súvislosti s výchovou, vzdelávaním a úkonmi s týmto súvisiacimi.

Zároveň súhlasím s **evidovaním a spracovávaním poskytnutých osobných údajov** v CPP Ružomberok za účelom poskytovania odbornej starostlivosti môjmu dieťaťu v zmysle § 11, ods. (6), pís. a), b), ods. (7) zákona č. 245/2008 Z. z. a GDPR.

.....
podpis rodiča/zákonného zástupcu

MŠ: _____

pečiatka, podpis riad.