**ŽIADOSŤ O ZARADENIE DIEŤAŤA DO EVIDENCIE SŠCPaP**

Vážení rodičia,

 Súkromné špecializované centrum poradenstva a prevencie pre žiakov a deti s autizmom (ďalej len SŠCPaP) bolo právoplatným rozhodnutím MŠ SR zaradené do siete školských zariadení a je zložkou systému špeciálno-pedagogického poradenstva v súlade so zákonom č. 245/2008 Z. z. (školský zákon). SŠCPaP Vám v spolupráci s vedením školy, ktorú navštevuje Vaše dieťa bude na základe tejto žiadosti a Vášho súhlasu poskytovať komplexnú špeciálno-pedagogickú starostlivosť (psychologickú, diagnostickú, rehabilitačnú, metodickú, výchovno-vzdelávaciu). Poskytujeme špeciálno-pedagogickú, psychologickú a logopedickú diagnostiku, poradenstvo a terapie pre deti a žiakov so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami v zmysle pervazívnych vývinových porúch.

*Identifikačné údaje o dieťati, žiakovi alebo poslucháčovi:*

**Meno a priezvisko** ......................................................................................................................

**Dátum a miesto narodenia** ........................................................................................................

**Rodné číslo**..................................................................................................................................

**Adresa a druh pobytu (trvalý/prechodný)** .................................................................................

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

Názov školy/školského zariadenia,ročník..................................................................................................

*Identifikačné údaje o zákonnom zástupcovi, ak nejde o plnoletú osobu:*

**Meno a priezvisko** ......................................................................................................................

**Adresa a druh pobytu (trvalý/prechodný)** ................................................................................

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

**Kontaktný údaj (telefón, email)** .................................................................................................

V prípade Vášho záujmu o psychologickú alebo špeciálno-pedagogickú diagnostiku (resp. individuálnu starostlivosť o dieťa) sa objednajte prostredníctvom uvedených kontaktov.

**Táto žiadosť nie je objednávkou pre odborné vyšetrenie (diagnostiku) Vášho dieťaťa!**

***So zaradením nášho dieťaťa do SŠCPaP, Do Stošky 10, 010 04 Žilina – Bánová***

***súhlasím.***

Prevzal/a dňa: ....................

Podpis zákonného zástupcu: Mgr. Katarína Machynová

 poverená riadením SŠCPaP