



ŽIADOSŤ ŠKOLY

O PSYCHOLOGICKÉ VYŠETRENIE DIEŤAŤA
pred vstupom do základnej školy

PEDAGOGICKÉ ZISTENIA

POČAS ZÁPISU ŽIAKA

Meno a priezvisko dieťaťa:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dátum narodenia:	<input type="text"/>	Rodné číslo: <input type="text"/>
Trvalé bydlisko:	<input type="text"/>	
Meno matky/vzdelanie:	<input type="text"/>	Meno otca/vzdelanie: <input type="text"/>
Meno triedneho učiteľa:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Názov školy:	<input type="text"/>	

Osobnostné vlastnosti dieťaťa (pozitívne vlastnosti, negatívne prejavy, reakcia na záťažové situácie, stupeň ovládania slovenského jazyka):

Dôvod psychologického vyšetrenia dieťaťa (podrobný opis problémov zo zápisu do ZŠ):

CENTRUM PEDAGOGICKO – PSYCHOLOGICKÉHO PORADENSTVA A PREVENIE LEVOČA
RUŽOVÁ ULICA 91/1, 054 01 LEVOČA

Zdravotný stav dieťaťa : (rôzne typy postihnutia - slabý zrak, sluch, chyby reči, telesná chyba ap.):

--

V		dátum		
				podpis riaditeľa a pečiatka školy

Pozn.: Žiadame vyplniť elektronicky resp. paličkovým písmom.