



SÚKROMNÉ CENTRUM PORADENSTVA A PREVENČIE,
HELP-DYS, n. o, sídlo: 020 53 Lúky 127, č. t.: 0918 752 492

ŽIADOSŤ O LOGOPEDICKÉ VYŠETRENIE / STAROSTLIVOSŤ

Meno a priezvisko dieťaťa:

Dátum narodenia:

Miesto narodenia:

Adresa trvalého bydliska:

Národnosť:

Meno a priezvisko zákonného zástupcu:

Adresa trvalého bydliska:

Kontaktný údaj (telefónne číslo) :

Kto je žiadateľom o vyšetrenie:.....

MŠ ktorú dieťa navštevuje:.....

Je dieťa dieťaťom zo sociálne znevýhodneného prostredia? Áno – Nie

Predchádzajúca logopedická starostlivosť (kedy, kde, závery):

Ťažkosti, dôvod žiadosti o logopedickú starostlivosť:

Všetky získané informácie budú považované za dôverné a bude sa s nimi disponovať podľa zák. č. 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov v z.n.p..

Súhlas zákonného zástupcu s odborným vyšetrením

Súhlasím v zmysle § 11 ods. 1) zák. č. 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov v z.n.p. a v zmysle § 3 písm. g) vyhl. MŠ SR 43/1996 s vyšetrením môjho dieťaťa, evidovaním výsledkov vyšetrenia môjho dieťaťa a so zaslaním Správy o* psychologickom / špeciálnopedagogickom / logopedickom vyšetrení škole, resp. iným inštitúciám.

.....
dátum

.....
podpis zákonného zástupcu/zariadenia

Súhlasím s evidovaním a spracovávaním osobných údajov v SCPP, HELP-DYS, Lúky 127, za účelom poskytovania poradensko-psychologickej a špeciálno-pedagogickej starostlivosti môjmu dieťaťu.

.....
dátum

.....
podpis zákonného zástupcu/zariadenia

Súhlas na započítanie do zberu údajov v zmysle § 7 ods. 5) zák. č. 325/2012 Z.z., ktorým sa dopĺňa zák. č.597/2003 Z. z. o financovaní základných škôl, stredných škôl a školských zariadení v znení neskorších predpisov a o zmene a doplnení niektorých zákonov poskytnutým zariadeniu: SCPP, HELP-DYS sídlo: Lúky 127

.....
dátum

.....
podpis zákonného zástupcu/zariadenia

ČESTNÉ VYHLÁSENIE PRE ZBER ÚDAJOV

Meno a priezvisko dieťaťa:

Dátum narodenia:

Miesto narodenia:

Adresa trvalého bydliska:

Meno a priezvisko zákonného zástupcu / zástupcu zariadenia ústavnej starostlivosti:

.....
Adresa trvalého bydliska/adresa zariadenia:

Kontaktný údaj:

Vyhlasujem, že súhlas na započítanie do zberu údajov sme poskytli len jednému školskému zariadeniu:

Súkromné centrum poradenstva a prevencie, HELP-DYS, Lúky 127

.....
dátum

.....
podpis zákonného zástupcu/zariadenia