**Kapcsolatfelvétel pszichológiai és/vagy gyógypedagógiai ellátásra**

|  |  |
| --- | --- |
| Gyermek neve: Oktatási azonosító/TAJ: |  |
| Születési hely, idő: Intézmény neve és címe: |  |
| Anyja neve: |  |
| Gondviselő: Osztály/csoport: |  |
| Lakcím**:** |  |
| Szülői telefonszám, e-mail: |  |
|  |  |
| Esetgazda: Első alkalom időpontja: |  |

**Ki kéri a segítséget?**

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

**Miben kérnek segítséget?**

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

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

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

**Néhány mondat a gyermekről:**

**A gyermek magatartása közösségben, tanórán? (pl.:együttműködés, motiváltság)** **Milyen pozitív tulajdonságai vannak? Esetleg tanulmányi eredmények**:

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

**Részesül-e bármilyen segítségben az iskolában/óvodában?( fejlesztő pedagógus, iskola/óvoda pszichológus, logopédus, korrepetálás)**

……………………………………………………………………………………………………………

**Járt-e korábban Intézményünkben, vagy más szakszolgálatnál és mikor?** **Milyen véleménnyel rendelkeznek?**

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

**Volt-e korábban orvosi vizsgálaton (gyermekpszichiátria, neurológus, látás, hallás, stb.)? Ha igen, mikor, melyik kórházban? Milyen eredménnyel?**

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

**Amennyiben az iskola vagy a szülő BTM/SNI megállapítást kéri, szakértői vizsgálatot kell kezdeményezni: a szakértői vélemény iránti kérelem, + 5 éves státuszlap első alkalommal, minden esetben pedagógiai véleménnyel.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**NYILATKOZAT\***

Alulírott………………………………….…….(születési hely,idő:……………………………. anyja neve:……………………………, személyigazolvány száma:………………………), mint kiskorú gyermekem …………………………………………… (születési hely,idő: ……………………..…….., anyja neve:…………….…………..) szülője nyilatkozom, hogy a

* **szülői felügyeleti jogot közösen gyakoroljuk, jogosult vagyok a távol lévő szülő képviseletére**.
* **szülői** **felügyeleti jogot egyedül gyakorlom**.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*15/2013. EMMI rendelet 14. § (2) alapján a szakértői vizsgálat megkezdéséhez a szülői felügyeletet gyakorló mindkét szülő együttes jelenléte szükséges. Amennyiben csak az egyik fél van jelen, a jelen lévő szülőnek nyilatkoznia kell a távollévő szülő képviseletéről.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

szülő aláírása

Terv:

Megjelenések:

|  |  |
| --- | --- |
| Dátum | Mi történt? |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Zárás: