**ŽIAdosŤ ŠKOLY**

**o psychologické vyšetrenie dieťaťa**

**pred vstupom do základnej školy**

**Pedagogické ZiStEnIa**

**počas zápisu žiaka**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Meno a priezvisko dieťaťa: |  |  |  |
|  |
| Dátum narodenia: |  |  Rodné číslo:  |  |  |
|  |
| Trvalé bydlisko: |  |
|  |
| Meno matky/vzdelanie: |  | Meno otca/vzdelanie: |  |
|  |  |  |  |
|  |
| Meno triedneho učiteľa: |  |  |  |
|  |
| Názov školy: |  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| **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**):** |
|   |
| **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.***