

ŽÁDOST

ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE ŽÁKA / ZLETILÉHO ŽÁKA O VYŠETŘENÍ VE ŠKOLSKÉM PORADENSKÉM ZAŘÍZENÍ

Žádám tímto o vyšetření žáka (příjmení a jméno) _____

narozeného dne (datum) _____ Důvod vyšetření: _____

Současně uděluji souhlas s postoupením (poskytnutím) zpracované Žádosti o poskytnutí poradenských služeb a Pedagogického zjištění školy, které byly školou zaslány Speciálně pedagogickému centru pro mentální postižení a vady řeči při Základní škole Bruntál, Rýmařovská 15, p.o. formou datové schránky Pedagogicko – psychologické poradně, Bruntál, p.o.

Beru na vědomí, že pedagogicko - psychologická poradna zpracovává osobní údaje uvedené v této žádosti v souladu se zákonem č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů, v platném znění.

Kontaktní údaje - telefon: _____ e-mail: _____

Podpis zákonného zástupce žáka / zletilého žáka _____

Pozn.:

1. Žádost zákonného zástupce žáka / zletilého žáka o vyšetření ve školském poradenském zařízení vyplní a podepíše zákonný zástupce nezletilého žáka nebo zletilý žák.

2. Zpracovaný dokument doporučujeme zaslat elektronicky (sken dokumentu v odpovídající kvalitě) prostřednictvím datové schránky ID DS: **585jqap**