

Prihláška
(vyšetrenie školskej spôsobilosti)

Meno a priezvisko dieťaťa:.....

Dátum narodenia dieťaťa:.....rodné číslo...../.....

Meno a priezvisko zákonného zástupcu dieťaťa:.....

Adresa:.....

Telefónne číslo rodiča:

MŠ, ktorú dieťa navštevuje:.....

ZŠ, do ktorej je dieťa zapísané:.....

Poznámka (zdravotné problémy, zvláštnosti v správaní a iné – vyplní rodič a učiteľka MŠ):

.....
.....
.....
.....

*Súhlasím s vyšetrením školskej spôsobilosti svojho dieťaťa a evidovaním a spracovávaním mojich osobných údajov v Centre pedagogicko–psychologického poradenstva a prevencie v Senci, za účelom poradensko – psychologickéj a psychodiagnostickéj pomoci (max. po dobu 10 rokov).

**Prehlasujem, že som bol(a) oboznámený(á) s podmienkami BOZP a PO v priestoroch CPPPaP v Senci.

.....

dátum

.....

podpis zákonného zástupcu

*Pozn.: CPPPaP v Senci zabezpečuje ochranu osobných údajov v zmysle zákona o osobných údajoch č. 428/2002.