**NEVELÉSI TANÁCSADÁS IGÉNYLÉSE**

iktatószám:……………………….

**Gyermek neve**:…………………………………………………………………………………

Szül. hely, idő:…………………………………………………………………………………..

TAJ:……………………………………….. OM azonosító:……………………………………

Lakcím:………………………………………………………………………………………….

**Anya neve**:………………………………………………………………………………………

Tel.szám:…………………………………. E-mail:……………………………………………

**Gondviselő neve**:………………………………………………………………………………..

Tel.szám:………………………………….. E-mail:……………………………………………

Intézmény/a gyermeket ellátó szakember\*:……………………………………………………..

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

Óvodai csoport/osztály:………………………………………………………………………….

Kinek a javaslatára jelentkezett?………………………………………………………………...

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

A probléma rövid részletezése:……………………………………………………………….....

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

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

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

Dátum:……………………………………

Az első találkozás, állapot megismerés összegzése:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Kijelentem, hogy adataim a valóságnak megfelelnek és hozzájárulok ahhoz, hogy azokat a Fejér Megyei Pedagógiai Szakszolgálat gyermekem fejlesztése céljából kezelje.

Dátum:…………………………………………

 ……………………………………………

 gyógypedagógus/pszichológus

 …………………………………………….

 szülő/gondviselő aláírása

Javaslat: - további ellátás nem szükséges

 - ellátása nevelési tanácsadás keretében folytatódik

 - Járási Szakértői Bizottság vizsgálata javasolt

 - egyéb:…………………………………………………………………………..

 …………………………………………………………………………...

……………………………………………

gyógypedagógus/pszichológus