**Informovaný súhlas s činnosťou školského špeciálneho pedagóga**

Školský rok: 2020/2021

Meno a priezvisko žiaka, trieda: ...............................................................................

Meno a priezvisko z. zástupcu: .................................................................................

Tel. kontakt na zákonného zástupcu žiaka: ..............................................................

Email: ............................................................

Vážení rodičia,

na škole, kde študuje Vaše dieťa pôsobí školský špeciálny pedagóg, v ktorého kompetenciách sú aj nasledovné činnosti:

* poskytnutie špeciálno-pedagogickej starostlivosti dieťaťu so ŠVVP,
* vypracovanie individuálneho vzdelávacieho plánu pre dieťa,
* spolupráca s Centrom pedagogicko-psychologického poradenstva a prevencie ohľadom diagnostiky a odporúčaní pre žiaka
* vytváranie podmienok na maximálne využitie potenciálu dieťaťa v spolupráci s rodičmi dieťaťa a pedagógmi,
* spolupráca s učiteľmi pri vyhľadávaní žiakov so špecifickými potrebami,
* realizovanie anonymných ankiet a prieskumov v škole za účelom posilnenia preventívnych aktivít (sociálna klíma školy a triedy, výskyt rizikového správania a pod.) a konzultovanie zistení s vedením školy v súlade so Zákonom č. 18/2018 - Zákon o ochrane osobných údajov, spolupráca s ďalšími odbornými zamestnancami školy (školský psychológ),
* informovanie rodičov o výsledkoch žiaka a priebehu špeciálnopedagogickej starostlivosti

Súhlas platí na obdobie jedného školského roka, je možné ho kedykoľvek písomne zrušiť.

**SÚHLASÍM/NESÚHLASÍM** (zakrúžkujte)

s tým, aby špeciálny pedagóg školy realizoval špeciálnopedagogické intervencie s mojím synom/dcérou.

Dátum: Podpis zákonného zástupcu:

Ak máte otázky, osobne alebo mailom, vám odpovie Ing. Zuzana Halásová, školský špeciálny pedagóg. Pracovnú dobu a kontakt nájdete na stránke školy.