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

Meno, priezvisko, adresa a kontakt rodiča/zákonného zástupcu dieťaťa

 ZŠ s MŠ Milana Rastislava Štefánika

 Mgr. Mária Hronská – p. riaditeľka

 Grösslingová 48

 811 09 Bratislava

**Žiadosť o zmenu formy vzdelávania – individuálna integrácia žiaka**

V súlade s platnou legislatívou Vás úctivo žiadame o vzdelávanie môjho dieťaťa formou školskej integrácie v bežnej triede základnej školy:

meno žiaka: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

adresa trvalého pobytu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dátum narodenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_trieda: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Po vyšetrení v príslušnom zariadení poradenstva a prevencie boli diagnostikované môjmu dieťaťu špeciálne výchovno – vzdelávacie potreby. Stotožňujem sa so závermi daného zariadenia poradenstva a prevencie, z ktorých vyplýva, že moje dieťa si vyžaduje zmenu postupov, metód a foriem práce na vyučovaní vrátane vypracovanie individuálneho vzdelávacieho programu.

Za kladné vybavenie mojej žiadosti vopred ďakujem.

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dňa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

S pozdravom

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

podpis (zákonný zástupca 1) podpis (zákonný zástupca 2)

**Príloha:** Správy s diagnostického vyšetrenia CPaP