**SZAKÉRTŐI VÉLEMÉNY IRÁNTI KÉRELEM**

**ALAP- ÉS FELÜLVIZSGÁLATHOZ**

**Megjegyzés a kitöltéshez: Ahol a kérelem törvényes képviselőt jelez, az alatt a nagykorú és cselekvőképes tanulót is érteni kell. A nagykorú és cselekvőképes tanuló vizsgálatát a szülő nem kérheti. A *dőlt betűvel* jelzett rovatokat nagykorú és cselekvőképes tanuló esetében nem kell/nem lehet kitölteni.**

1. **A GYERMEK, TANULÓ, KÉPZÉSBEN RÉSZT VEVŐ SZEMÉLY SZEMÉLYES ADATAI:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Név: | | |
| Születési hely: | | Születési dátum (év, hó, nap): |
| TAJ szám: | Oktatási azonosító: | |
| Lakóhely:  ……………..ir.sz………………………….(település)…………………………………… (utca,hsz.) | | |
| Tartózkodási hely (lakóhely hiányában, vagy ha a lakóhelytől eltér,):  ……………..ir.sz………………………….(település)…………………………………… (utca,hsz.) | | |
| Anyja neve: | | *Telefonszám:* |
| *E-mail:* |
| *Értesítési címe:*  *……………..ir.sz………………………….(település)…………………………………… (utca,hsz.)* | | |
| Apja neve: | | *Telefonszám:* |
| *E-mail:* |
| *Értesítési címe:*  *……………..ir.sz………………………….(település)…………………………………… (utca,hsz.)* | | |
| *Ha a szülők külön élnek, korlátozta vagy megvonta-e a bíróság a külön élő szülő felügyeleti jogát a gyermeke sorsát érintő lényeges kérdésekben?* | | *Igen*  *Nem* |
| *Ha nem a szülők a törvényes képviselők, a gyám/gondnok neve:* | | *Telefonszám:* |
| *E-mail:* |
| *Értesítési címe:*  *……………..ir.sz………………………….(település)…………………………………… (utca,hsz.)* | | |
| Nevelőszülő neve: | | *Telefonszám:* |
| *E-mail:* |
| *Értesítési címe:*  *……………..ir.sz………………………….(település)…………………………………… (utca,hsz.)* | | |

1. **A SZAKÉRTŐI VIZSGÁLAT KÉRELMEZŐJE, KEZDEMÉNYEZŐJE, INDOKOLÁSA:**

|  |
| --- |
| A vizsgálat kérelmezője, kezdeményezője (kizárólag egy jelölhető be):   * törvényes képviselő (pl. szülő), * nagykorú tanuló, képzésben részt vevő személy, * nevelési-oktatási, illetve szakképző intézmény, * egyéb   (A vizsgálat kérelmezőjéhez, személyéhez különböző joghatások társulnak. Ha a vizsgálatot a törvényes képviselő kéri, akkor a vizsgálati kérelmet a későbbiekben vissza is vonhatja. Ha a vizsgálatot nevelési-oktatási intézmény vagy egyéb fórum kezdeményezi, a kezdeményezést a törvényes képviselő nem vonhatja vissza.) |
| A vizsgálat kérésének indoka: |

**3. A GYERMEK, TANULÓ NEVELÉSÉT, OKTATÁSÁT ELLÁTÓ INTÉZMÉNY ADATAI:**

|  |
| --- |
| Intézmény neve: |
| Intézmény címe: |
| OM azonosító: |
| Telefon, e-mail: |
| A gyermek/tanuló csoport, osztályfoka …………. |
| A gyermeket/tanulót ellátó intézmény típusa, jellege (aláhúzandó): bölcsőde, óvoda, általános iskola, fejlesztő nevelés-oktatást végző iskola, gimnázium, szakgimnázium, szakiskola, készségfejlesztő iskola, szakképző iskola, technikum, felnőttoktatás, felnőttképzés, felsőoktatás. …………………………………………….. |

**4.A GYERMEK, TANULÓ EDDIGI INTÉZMÉNYES NEVELÉSE, OKTATÁSA, PEDAGÓGIAI**

**SZAKSZOLGÁLATI ELLÁTÁSA**

* 1. **ÓVODA**

|  |  |
| --- | --- |
| Óvodába jár: …igen/nem | …………………….év………….…...hónaptól |
| Óvodába járt: igen / nem | …………………….év……………….hónaptól  …………………….év……………….hónapig |
| Részesül/részesült-e fejlesztő pedagógiai ellátásban (beilleszkedési, tanulási, magatartási nehézség esetén), vagy egészségügyi és pedagógiai célú habilitációs és rehabilitációs ellátásban (sajátos nevelési igény esetén)? Ha igen:  Ellátás időszaka: …………………………  Ellátás gyakorisága: …………………….. | |

|  |
| --- |
| Részesül/részesült-e óvodapszichológusi megsegítésben: igen / nem  Ellátás időszaka: …………………………  Ellátás gyakorisága: …………………….. |

|  |
| --- |
| Részesül/részesült-e egyéb ellátásban: igen / nem  Ellátás időszaka: …………………………  Ellátás gyakorisága: …………………….. |

**4.2 ISKOLA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Tanév | Évfolyam  (Legutolsó évfolyamok) | Fejlesztő pedagógiai ellátásban (beilleszkedési, tanulási, magatartási nehézség esetén) vagy egészségügyi és pedagógiai célú habilitációban, rehabilitációban (sajátos nevelési igény esetén) részesült-e? Ha igen: | Hiányzás (óra/tanév) |
| / |  | heti:……………. óra |  |
| / |  | heti:……………. óra |  |
| / |  | heti:……………. óra |  |

|  |
| --- |
| Részesül/részesült-e iskolapszichológusi megsegítésben: igen / nem  Ellátás időszaka: …………………………  Ellátás gyakorisága: …………………….. |

|  |
| --- |
| Részesül/részesült-e egyéb ellátásban: igen / nem  Ellátás időszaka: …………………………  Ellátás gyakorisága: …………………….. |

|  |
| --- |
| Tankötelezettségét egyéni munkarend, egyéni tanulmányi rend keretében teljesíti: igen / nem |

* 1. **PEDAGÓGIAI SZAKSZOLGÁLAT- amennyiben részesült pedagógiai szakszolgálati ellátásban**

|  |
| --- |
| **Pedagógiai szakszolgálati feladatellátások** |
| gyógypedagógiai tanácsadás, korai fejlesztés és gondozás  igen / nem |
| konduktív pedagógiai ellátás  igen / nem |
| logopédiai ellátás  igen /nem |
| nevelési tanácsadás  igen / nem |
| szakértői bizottsági tevékenység  igen / nem |
| gyógytestnevelés  igen / nem |
| iskolapszichológiai, óvodapszichológiai ellátás  igen / nem |
| kiemelten tehetséges gyermekek, tanulók gondozása  igen / nem |
| továbbtanulási, pályaválasztási tanácsadás  igen / nem |

Ha megelőzően már készült szakértői vélemény, a szakértői véleményt kiállító pedagógiai szakszolgálat neve és címe:…………………………………………………………………………………………………………

A szakértői vélemény azonosító száma (pl. nyilvántartási szám, iktatószám, törzsszám):.................................

**Ha a szakértői véleményt más szakértői bizottság állította ki, kérjük a vizsgálat kérelemhez csatolni.**

1. ***A GYERMEK, TANULÓ JELLEMZÉSE:***

|  |
| --- |
| *Megjelenés, testi fejlettség, a gyermek egészségi állapotával kapcsolatos megfigyelések, információk:* |
| *Társas viselkedés (kapcsolata társakkal, felnőttekkel, tanulási időben, szabadidőben):* |
| *Temperamentuma (pl.: kiegyensúlyozottság, lobbanékonyság, önbizalom, közlékenység, zárkózottság)* |
| *Érzelmei (pl.: intenzitás, mélység, tartósság):* |
| *Kedvelt tevékenységei, játékai, szabadidős szervezett foglalkozásai (szakkör,sport,stb.):* |
| *A gyermek, tanuló erősségei (pl.: készségek, magatartásának kedvező vonásai):* |
| *Tanulási jellemzők (nyelvi kompetencia, kognitív képességek, mozgás), tanulási motiváció és tanulmányi feladatok végzése:* |
| *Az iskolai fejlesztés, fejlesztő pedagógiai ellátás, egészségügyi és pedagógiai célú habilitációs és rehabilitációs foglalkozások tapasztalatai, eredményei, adott esetben az eredménytelenség okai, e nehézséget okozó területek, a tapasztalt problémák részletezése (a tanító, az osztályfőnök, a szaktanár, a fejlesztő pedagógus, illetve a gyógypedagógus véleménye alapján):* |

**Kelt:…………………………………**

**………………………………………**

**törvényes képviselő(k) aláírása**

1. **NYILATKOZATOK**

|  |
| --- |
| Az óvoda, az iskola részéről a kérelem kitöltésében közreműködő, a vizsgálatok eredményinek lehetséges következményeiről, a szülőnek a vizsgálattal és annak megállapításaival kapcsolatos jogairól tájékoztatást nyújtó pedagógus neve, beosztása:  ………………………………………………………………………………………………….. |
| A gyermeket ellátó intézmény vezetőjének neve, aláírása:  Név:…………………………………………… Aláírás:……………………………………….  p.h |

|  |
| --- |
| **Törvényes képviselői nyilatkozat**  A szakértői bizottság vizsgálatának előkészítéséhez, megszervezéséhez  A gyermekemet ellátó intézménytől a szakértői vizsgálat eredményeinek lehetséges következményeiről, a vizsgálattal, és a vizsgálat alapján elkészülő szakértői vélemény megállapításával kapcsolatos jogaimról és kötelezettségeimről tájékoztatást kaptam.  Kérem az intézményt, hogy a gyermekem vizsgálatára irányuló kérelmet az illetékes szakértői bizottsághoz továbbítsa.  Kelt:……………......................  …..…………………………….  törvényes képviselő(k) aláírása |
| **Szülői nyilatkozat**  a gyermek, a tanuló halmozottan hátrányos helyzetéről    Nyilatkozom arról, hogy gyermekem halmozottan hátrányos helyzetű. Tájékoztatást kaptam arról, hogy mivel gyermekem esetében első alkalommal kerül sor a szakértői bizottság által végzett vizsgálatra, az Oktatási Hivatal által kijelölt szakszolgálati-esélyegyenlőségi szakértő jelenlétét írja elő a vonatkozó jogszabály. Az általam aláírt vizsgálat iránti kérelmet ezért a vizsgálatot kezdeményező intézmény egyidejűleg az Oktatási Hivatal részére is köteles megküldeni. E kötelezettséget abban az esetben nem kell teljesítenie, ha a szülő ennek törlését kéri. Élve a jogszabályban biztosított szülői döntési jogommal, kijelentem, hogy  a) a vizsgálaton az esélyegyenlőségi szakértő jelenlétét kérem;  b) a vizsgálaton az esélyegyenlőségi szakértő jelenlétét nem kérem.  Kelt: .......................................  .............................................................................  szülő(k) aláírása |
| **Törvényes képviselői nyilatkozat**  A család rendszeres nyelvhasználata:   * magyar * nem magyar, ............................................ nyelvű * többnyelvű, .......................................................................... nyelvű   Kelt:……………......................  …..…………………………….  törvényes képviselő(k) aláírása |
| **Törvényes képviselői nyilatkozat**  Kérem, hogy gyermekem vizsgálata során az alábbi anyanyelvi sajátosságait vegyék figyelembe: ………………  ………………………………………………………………………………………………………………………  Kelt:……………......................  …..…………………………….  törvényes képviselő(k) aláírása |
| **Törvényes képviselői nyilatkozat**  a vizsgálaton részt vevő gyermek/tanuló személyes adatainak kezeléséhez  Alulírott szülő nyilatkozom, hogy hozzájárulok gyermekem személyes adatainak a szakértői bizottság általi kezeléséhez hozzájárulok.  Kelt:…………………….. …………………………………..  törvényes képviselő(k) aláírása |
| **Statisztikai célú törvényes képviselői nyilatkozat**  a gyermek, a tanuló nemzetiségi hovatartozásáról (kitöltése nem kötelező)  Gyermekem a nemzetiségéről az alábbiak szerint nyilatkozom (több válasz is megjelölhető):  bolgár  cigány/roma  görög  horvát  lengyel  magyar  német  örmény  román  ruszin  szerb  szlovák  szlovén  ukrán  egyéb:………………………………  Kelt:………………………………  ………………………………………………………………………….  törvényes képviselő(k) aláírása |