**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: BUDAPEST, X. KERÜLETI ZRÍNYI MIKLÓS GIMNÁZIUM |
| Intézmény címe: 1104 BUDAPEST, MÁDI UTCA 173. |
| OM azonosító: 035237 |
| Telefon, e-mail: 1/261-2594 |
| 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 / nemEllátás időszaka: …………………………Ellátás gyakorisága: …………………….. |

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

|  |
| --- |
| Részesül/részesült-e egyéb ellátásban: igen / nemEllátás 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 gondozásigen / nem |
| konduktív pedagógiai ellátásigen / nem |
| logopédiai ellátásigen /nem |
| nevelési tanácsadásigen / nem |
| szakértői bizottsági tevékenységigen / nem |
| gyógytestnevelésigen / nem |
| iskolapszichológiai, óvodapszichológiai ellátás igen / nem |
| kiemelten tehetséges gyermekek, tanulók gondozásaigen / nem |
| továbbtanulási, pályaválasztási tanácsadásigen / 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, megszervezéséhezA 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, hogya) 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 kezeléséhezAlulírott 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):bolgárcigány/romagöröghorvátlengyelmagyarnémetörményrománruszinszerbszlovákszlovénukránegyéb:………………………………Kelt:……………………………… …………………………………………………………………………. törvényes képviselő(k) aláírása |