ZAHTEVA ZA ZAČETEK POSTOPKA USMERJANJA

(vlagatelj vzgojno-izobraževalni zavod)

Podpisani v skladu s 25. členom Zakona o usmerjanju otrok s posebnimi potrebami (Uradni list RS, št. 58/11, 40/12 - ZUJF, 90/12, 41/17 – ZOPOPP, 200/20 – ZOOMTVI in 12/26; v nadaljnjem besedilu ZUOPP-1) vlagamo zahtevo za začetek postopka usmerjanja otrok s posebnimi potrebami na podlagi priloženih dokazil.

1. Podatki o vlagatelju

Naziv pravne osebe	
Naslov (ulica, hišna št.)	
Pošta in poštna številka	
Odgovorna oseba	
Kontaktna oseba	
Telefonska številka	
E-naslov	

2. Podatki o otroku, starejšem mladoletniku ali polnoletni osebi

Ime	
Priimek	
Spol	
EMŠO	
Datum rojstva	
Kraj in država rojstva	
Državljanstvo	
Naslov stalnega bivališča	
Pošta in poštna številka	
Občina	
Telefonska številka[1]	
E- naslov[2]	
Naslov začasnega bivališča	
Pošta in poštna številka	
Občina	

[1-8] Telefonska številka oziroma elektronski naslov se napišeta le v primerih, kadar je zakoniti zastopnik otroka podal soglasje za posredovanje teh osebnih podatkov.

3. Podatki o starših

mati (obvezno)	
Ime	
Priimek	
EMŠO	
Naslov bivališča	
Pošta in poštna številka	
Telefonska številka[3]	
E-naslov[4]	

oče (obvezno)	
Ime	
Priimek	
EMŠO	
Naslov bivališča	
Pošta in poštna številka	
Telefonska številka[5]	
E-naslov[6]	

4. Podatki o skrbniku

Ime	
Priimek	
oz. naziv pravne osebe	
Naslov (ulica, hišna številka)	
Pošta in poštna številka	
Telefonska številka[7]	
E-naslov[8]	

5. Podatki o rejniku in centru za socialno delo

Ime	
Priimek	
Naslov (ulica, hišna številka)	
Pošta in poštna številka	
Telefonska številka[9]	

[9-10] Telefonska številka in elektronski naslov rejnika se napišeta, kadar ima vlagatelj soglasje rejnika za posredovanje teh osebnih podatkov

E-naslov[10]	
Center za socialno delo	
Naslov (ulica, hišna številka)	
Pošta in poštna številka	
Telefonska številka	
E-naslov	

6. Šola oziroma zavod, kjer poteka vzgojno-izobraževalno delo:

Naziv_____

Naslov/kraj_____

Program izobraževanja, če obiskuje srednjo šolo_____

Ob morebitni **spremembi ravni izobraževanja** s prihodnjim šolskim letom:

Naziv_____

Naslov/kraj_____

Program izobraževanja, če se vpisuje v srednjo šolo_____

7. Področje/a domnevnih težav (ustrezno označite):

- ☐ motnja v duševnem razvoju
- ☐ slepota, slabovidnost oziroma okvara vidne funkcije
- ☐ gluhota oziroma naglušnost
- ☐ gluhoslepota
- ☐ govorno-jezikovne motnje
- ☐ gibalna oviranost
- ☐ dolgotrajna bolezen
- ☐ primanjkljaji na posameznih področjih učenja
- ☐ avtistična motnja
- ☐ čustvene in vedenjske motnje

8. Opis težav:

_____

_____

_____

_____

_____

9. Oblike pomoči v šoli oziroma zavodu

_____

_____

_____

10. Ustanove, v katerih je bil oz. je otrok obravnavan (centri za zgodnjo obravnavo otrok, centri za duševno zdravje otrok in mladostnikov, svetovalni centri, zdravstveni domovi, bolnišnice, ambulante in drugo)*

1.

Naziv ustanove		
Ime in priimek strokovnjaka		
Področje obravnave		
Mesec in leto zadnjega obiska		
Izvid priložen	☐ DA	☐ NE

2.

Naziv ustanove		
Ime in priimek strokovnjaka		
Področje obravnave		
Mesec in leto zadnjega obiska		
Izvid priložen	☐ DA	☐ NE

3.

Naziv ustanove		
Ime in priimek strokovnjaka		
Področje obravnave		
Mesec in leto zadnjega obiska		
Izvid priložen	☐ DA	☐ NE

* če jih je več, podatke zapišite v obliki priloge na enak način

11. Osebni zdravnik _____

Zdravstveni dom _____

12. Pripombe/ pomembne informacije

_____

_____

Podpis vlagatelja in **žig**: _____

Kraj in datum: _____

Obvezne priloge:

1. **POROČILO VZGOJNO-IZOBRAŽEVANEGA ZAVODA,** ki ga otrok obiskuje in iz katerega je razvidno, če je bila otroku predhodno zagotovljena podpora in pomoč iz 4.a člena ZUOPP-1B.

2. **ZAPIS POGOVORA Z OTROKOM O POSTOPKU USMERJANJA,** razen v primeru, ko pogovora zaradi otrokove starosti ali sposobnosti razumevanja okoliščin ni mogoče opraviti.

3. **STROKOVNA DOKUMENTACIJA** o obravnavi otroka, ki se nanaša na utemeljevanje otrokovih posebnih vzgojno-izobraževalnih potreb.

Lahko izpolni zakoniti zastopnik otroka ali polnoletni dijak:

Soglasja staršev, skrbnika oz. polnoletne osebe (če ni/so vlagatelj/i):

Soglašam, da se zdravniku v komisiji za usmerjanje otrok s posebnimi potrebami, ki bo izdelala strokovno mnenje za mojega otroka (če *učenec/dijak še ni polnoleten)* ali zame (*polnoletni dijak*)**,** dovoli vpogled v celotno zdravstveno kartoteko otroka ter v CRPP (Centralni register podatkov o pacientu).

Podpis: _____

Soglašam, da šola/zavod v zahtevi navede tudi mojo telefonsko številko in elektronski naslov.

Podpis: _____

Potrjujem prejem izvoda zahteve, ki ga bo šola/zavod podala pri Zavodu RS za šolstvo:

Podpis: _____