PEST VÁRMEGYEI PEDAGÓGIAI SZAKSZOLGÁLAT
ÉRDI TAGINTÉZMÉNYE
OM azonosító: 202802
Cím: 2030 Érd, Fő u. 42.
Bejelentkezés tel.: +36/30-3320403
Titkárság tel.: +36/30-3326249
E-mail: pmpsz.erd@pestmszaksz.hu

Nyilvántartási szám:…..... **Érkezett:……**
Ikt.sz.:……....

Bejelentkezési lap

……./……. tanév

Gyermek adatai

Név:…….
Oktatási azonosító:_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ TAJ:_ _ _-_ _ _-_ _ _
Születési idő, hely:…….....
Anyja neve:……Apja neve.:……...
Intézménye:……Osztályfoka:…….
Lakcím:……...
Telefon:……..email cím:……

- **Ön a gyermek**

□ Édesanyja, □ Édesapja, □ Nevelőszülője, □Te vagy az, aki önállóan jelentkezel

- **Mi a fő probléma?**
  2-3 mondatban fogalmazza meg!

……
……

- **Ön mit gondol, mi lehet a nehézség oka?**
  2-3 mondatban fogalmazza meg!

……
……

- **Mit próbált már eddig megtenni a probléma megoldása érdekében? Jelölje be!**

□ Segítséget kért más szakembertől
□ Már korábban részt vett a gyermek ellátásban (fejlesztés, pszichológiai megsegítés) **más** intézménynél
□ Már korábban részt vett a gyermek ellátásban (fejlesztés, pszichológiai megsegítés) **jelen** intézményben
□ Saját belátása szerint cselekedett **és pedig**:

……
……

- Amennyiben igénybe szeretné venni a szakszolgálatunknál nyújtott ellátást, és konkrét szakember segítségét kéri, kérjük adja meg a szakember nevét:……

- **Meg tudná fogalmazni, hogy miben vár változást?**
  2-3 mondatban fogalmazza meg!

……
……

□ Kijelentem, hogy a gyermek ellátásához, a gyermek adatainak kezeléséhez hozzájárulok, valamint a másik törvényes képviselő is hozzájárulását adta;
□ Kijelentem, hogy a gyermek ellátásához, a gyermek adatainak kezeléséhez hozzájárulok, a fent megnevezett gyermek szülői felügyeleti jogát kizárólagosan én gyakorlom.*

Dátum:……

…… ……
Anya/törvényes képviselő aláírása Apa/törvényes képviselő aláírása

Jelentkezését előjegyzésbe vesszük, kollégánk keresni fogja Önt időpont egyeztetése céljából.

* Kérjük a megfelelő állítást szíveskedjen/szíveskedjenek jelölni.