5. melléklet: Szakértői vélemény iránti kérelem korai fejlesztésigényjogosultságához

**SZAKÉRTŐI VÉLEMÉNY IRÁNTI KÉRELEM**

**KORAI FEJLSZTÉS ÉS GONDOZÁS IGÉNYJOGOSULTSÁG**

**FELÜLVIZSGÁLATÁHOZ**

1. **A GYERMEK 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),
* védőnő
* szakorvos
* egyéb:
 |
| A vizsgálat kérésének indoka: |
| A gyermek állapota: * mozgásállapot
* kognitív fejlettség
* beszédértés, beszédhasználat
* szociabilitás
* önkiszolgálás
* játék
 |
| **A fejlesztést végző szakemberek véleménye a vizsgálathoz:** - javaslat lezárásra- javaslat egyéb szakember bevonására- javaslat az ellátás gyakoriságára- javaslat nevelési tanácsadásra- javaslat egyéb ellátásra**egyéb:**  |
| **Gyermeket ellátó intézmény pedagógusainak jellemzése:** *( külön lapon is csatolható)* |
| Gyermek házi gyermekorvosának neve: |
| Gyermek védőnőjének neve: |
| Részesül-e **szakorvosi ellenőrzés**ben? /Ennek dokumentációja, a friss ambuláns lapok, zárójelentések másolata - mellékletként/ |

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 vizsgálati kérelemhez csatolni.**

**Kelt:…………………………………**

**……………………… ........………………**

 **törvényes képviselő(k) aláírása**

**NYILATKOZATOK**

|  |
| --- |
| **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 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 |