**Informovaný súhlas s činnosťou školského špeciálneho pedagóga**

Školský rok: ..........................................................................................................

Meno a priezvisko žiaka, trieda: ...............................................................................

Meno a priezvisko z. zástupcu: .................................................................................

Tel. kontakt na zákonného zástupcu žiaka: ..............................................................

Email: ............................................................

Vážení rodičia,

na škole, kde študuje Vaše dieťa pôsobí školský špeciálny pedagóg, v ktorého kompetenciách sú aj nasledovné činnosti:

* poskytnutie špeciálno-pedagogickej starostlivosti dieťaťu so ŠVVP,
* vypracovanie individuálneho vzdelávacieho plánu pre dieťa,
* spolupráca s CPPPaP, CŠPP ohľadom diagnostiky a odporúčaní pre žiaka
* vytváranie podmienok na maximálne využitie potenciálu dieťaťa v spolupráci s rodičmi dieťaťa a pedagógmi,
* spolupráca s učiteľmi pri vyhľadávaní žiakov so špecifickými potrebami,
* informovanie rodičov o výsledkoch žiaka a priebehu špeciálnopedagogickej starostlivosti

Súhlas platí na obdobie celého štúdia na SOŠ obchodu a služieb Jána Bocatia. Je možné ho kedykoľvek písomne zrušiť.

**SÚHLASÍM/NESÚHLASÍM** (zakrúžkujte)

s tým, aby špeciálny pedagóg školy realizoval špeciálnopedagogické intervencie s mojím synom/dcérou.

V Košiciach dňa: Podpis zákonného zástupcu:

Ak máte otázky, osobne alebo mailom na specialny.pedagog.sosbocatiova @gmail.com, odpovie Vám Mgr. Jana Očkaíková - školský špeciálny pedagóg.

Ďalšie informácie aj o pracovnej dobe budú pribúdať na stránke školy v sekcii Špeciálny pedagóg.