Iktatószám: Gy/ FPSZ17/ /2025

FN szám: /25-26.

**Jelentkezési lap pszichológiai ellátásra**

**Gyermek neve:**

**Születési hely**:………………………………. **idő:**

**Anyja leánykori neve:**

**Lakcím:** Budapest 117\_\_,

**Törvényes képviselő neve**:…………………………………………………………………………….

**Törvényes képviselő telefonszáma, e-mail címe:**

**Bölcsődéje/óvodája/iskolája:**

**Osztályfoka:**

**TAJ szám:** ……………………………………………………………………………..

**Milyen jellegű foglalkozásra jelentkeznek hozzánk? Kérjük, húzza alá!**

|  |  |
| --- | --- |
| Egyéni | Csoportos |
| Egyéni pszichológiai megsegítés | Varázsjáték/Játékdráma csoport óvodásoknak |
| Szülőkonzultáció/ nevelési tanácsadás | Játékdráma (gyermek pszichodráma) csoport iskolásoknak |
| Egyéb: | Társas készségfejlesztés óvodásoknak |
| Kamasz önismereti csoport |
| CsaládterápiaEgyéb: |

**Kérjük, hogy lehetőleg minden kérdésünkre válaszoljon!**

1. Fejtse ki bővebben, miben kéri segítségünket! Mi a gyermek jelenlegi problémája?

1. Mióta tapasztalja a panaszt?

1. Hol jelentkeznek ezek a problémák? (otthon, iskolában, óvodában és/vagy egyéb helyeken)

1. Eddig milyen próbálkozásai voltak a probléma megszüntetése érdekében?

1. Járt-e korábban nevelési tanácsadóban? Hol és milyen okból?

1. Előzetes vizsgálat történt-e? Ha igen, hol és mikor?

Iskola- vagy óvodapszichológus

Logopédus

Fejlesztőpedagógus (iskolai/más intézményben/magán úton)

Korai fejlesztő

Szakértői Bizottság

Orvos/kórház

Gyermekjóléti/Családsegítő szolgálat

Egyéb

**Kérjük, hogy amennyiben készült gyermekéről szakvélemény – akár más problémával kapcsolatban is – hozza magával! (hallás-, látásvizsgálat, kórházi jelentés, gyermeke fejlődésével kapcsolatos vélemények, orvosi és más szakértői vélemények)**

1. Gyermeke részt vett-e fejlesztő/terápiás jellegű foglalkozásokon? (Fejlesztés/terápia jellege, helye, kezdete, időtartama, gyakorisága, eredményei)

1. Mit közölne még velünk, amit a probléma szempontjából fontosnak tart?

**Tudomásul veszem, hogy a Pedagógiai Szakszolgálatnál a ellátás megkezdéséhez a szülői felügyeletet gyakorló szülők jelenléte szükséges.**

Tudomásul veszem, hogy a gyermekemmel kapcsolatos adatokat, információkat a Pedagógiai Szakszolgálat a hatályos jogszabályoknak megfelelően nyilvántartja, kezeli.

Budapest, 2025.………………….

 …………………………………………..

 szülő/ügyfél