

ZAHTEVA ZA UVEDBO POSTOPKA USMERJANJA

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 in 200/20 - ZOOMTVI; v nadaljnjem besedilu ZUOPP-1) vlagam/o zahtevo za uvedbo postopka usmerjanja otrok s posebnimi potrebami na podlagi priloženih dokazil.

1. Podatki

a) o vlagatelju, če je **fizična oseba** (točka a in b se izključujeta)

Ime	
Priimek	
Ustrezno obkrožite	<input type="checkbox"/> a) mati <input type="checkbox"/> b) oče <input type="checkbox"/> c) starejši mladoletnik oz. polnoletna oseba* <input type="checkbox"/> d) zakoniti zastopnik <input type="checkbox"/> e) rejnik (s podpisanim pooblastilom na peti str. obrazca)

b) o vlagatelju, če je **pravna oseba** (točka a in b se izključujeta)

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	

Naslov začasnega bivališča	
Pošta in poštna številka	
Občina	

*Podatka vpišete, če ste pod 1a obkrožili točko c (starejši mladoletnik oz. polnoletna oseba)	
Telefonska številka	
E-naslov	

3. Podatki o starših

mati (obvezno*)	
Ime	
Priimek	
EMŠO	
Naslov bivališča	
Pošta in poštna številka	
Telefonska številka	
E-naslov	

*razen, če je vlagatelj polnoletna oseba

oče (obvezno*)	
Ime	
Priimek	
EMŠO	
Naslov bivališča	
Pošta in poštna številka	
Telefonska številka	
E-naslov	

*razen, če je vlagatelj polnoletna oseba

4. Podatki o rejniku

*Podatke vpišete, če niste imenovani tudi za skrbnika/zakonitega zastopnika.	
Ime	
Priimek	
Naslov bivališča	
Pošta in poštna številka	
Telefonska številka	
E-naslov	

5. Podatki o zakonitem zastopniku (fizična oz. pravna oseba)

*Podatke vpišete, če zakoniti zastopnik ni oseba pod točko 3.	
Ime	
Priimek	
oz. naziv pravne osebe	
Naslov (ulica, hišna št.)	
Pošta in poštna številka	
Telefonska številka	
E-naslov	

6. Institucija, kjer poteka vzgojno-izobraževalno delo:

Naziv

Naslov/kraj

Ob morebitni spremembi ravni izobraževanja s prihodnjim šolskim letom:

Naziv

Naslov/kraj

Program izobraževanja, če gre za srednjo šolo

7. Področje/a težav (ustrezno obkrožite):

- a)** z motnjo v duševnem razvoju
- b)** slep, slaboviden oziroma otrok z okvaro vidne funkcije
- c)** gluha oziroma naglušna
- d)** z govorno-jezikovno motnjo
- e)** gibalno oviran
- f)** dolgotrajno bolan
- g)** s primanjkljaji na posameznih področjih učenja
- h)** z avtistično motnjo
- i)** s čustveno in vedenjsko motnjo

8. Opis težav:

9. Oblike pomoči v vzgojno-izobraževalnem oz. socialnovarstvenem zavodu

10. Predlogi vlagatelja o potrebni pomoči otroku (program, pripomočki, prilagoditve, dodatna strokovna pomoč, tolmač slovenskega znakovnega jezika, prevoz in drugo)

11. Ustanove, v katerih je bil oz. je otrok obravnavan (centri za duševno zdravje, dispanzerji, svetovalni centri, zdravstveni domovi, bolnišnice, ambulate in drugo)

1.

Naziv ustanove	
Ime in priimek strokovnjaka	
Strokovni profil	
Mesec in leto zadnjega obiska	

Pravilnik o organizaciji in načinu dela komisij

Obravnava še poteka	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE
---------------------	-----------------------------	-----------------------------

2.

Naziv ustanove	
Ime in priimek strokovnjaka	
Strokovni profil	
Mesec in leto zadnjega obiska	
Obravnava še poteka	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE

3.

Naziv ustanove	
Ime in priimek strokovnjaka	
Strokovni profil	
Mesec in leto zadnjega obiska	
Obravnava še poteka	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE

* če jih je več, podatke zapišite na enak način kot prilogo

12. Osebni zdravnik v Zdravstvenem domu

13. Pripombe/ pomembne informacije

Obvezne priloge, ki jih mora skladno s prvim in tretjim odst. 26. člena ZUOPP-1 priložiti vlagatelj: Razpoložljiva **STROKOVNA DOKUMENTACIJA** (ustrezno obkrožite), **ki vključuje že opravljene obravnave otroka:**

1.

- a) zdravstvena poročila
- b) psihološka poročila
- c) specialno pedagoška poročila
- d) socialna poročila
- e) druga poročila, ki utemeljujejo (otrokove) posebne potrebe

2. POROČILO VZGOJNO-IZOBRAŽEVANEGA ZAVODA, ki ga otrok obiskuje in iz katerega je razvidno, da je bil otroku zagotovljen kontinuum pomoči.

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

V skladu z drugim odstavkom 26. člena ZUOPP-1 lahko Zavod Republike Slovenije za šolstvo pridobi dodatno psihološko in medicinsko dokumentacijo s soglasjem staršev. Soglasje ni potrebno, če so zahtevo za uvedbo postopka usmerjanja podali starši/zakoniti zastopnik ali polnoletna oseba.

Podpis vlagatelja:

ali

Podpis odgovorne osebe in žig, če je vlagatelj pravna oseba:

Kraj in datum:

Soglasje staršev, zakonitega zastopnika oz. polnoletne osebe (če ni/so vlagatelj/i):

V skladu z drugim odstavkom 26. člena ZUOPP-1 soglašam, da Zavod Republike Slovenije za šolstvo pridobi dodatno psihološko in medicinsko dokumentacijo.

Podpis:

Potrjujem prejem izvoda zahteve, ki ga bo vzgojno-izobraževalni oz. socialnovarstveni zavod podal pri Zavodu RS za šolstvo:

Podpis:

Pooblastilo vlagatelju Zahteve za uvedbo postopka usmerjanja:

V skladu s 25. členom ZUOPP-1 podpisani/a ime in priimek pooblašča ime in priimek, da v mojem imenu vloži Zahtevo za uvedbo postopka usmerjanja.

Podpis: