**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** |
| 1. o vlagatelju, če je **fizična oseba** (točka a in b se izključujeta)  |  |  | | --- | --- | | Ime |  | | Priimek |  | | Ustrezno obkrožite | a) mati  b) oče  c) starejši mladoletnik oz. polnoletna oseba\*  d) zakoniti zastopnik  e) rejnik (s podpisanim pooblastilom na peti str. obrazca) | |
|  |
| 1. 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 OŠ Veliki Gaber

Naslov/kraj Veliki Gaber 41, 8213 Veliki Gaber

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)** gluh oziroma naglušen

**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, ambulante in drugo)**

1.

|  |  |
| --- | --- |
| Naziv ustanove |  |
| Ime in priimek strokovnjaka |  |
| Strokovni profil |  |
| Mesec in leto zadnjega obiska |  |
| Obravnava še poteka | DA  NE |

2.

|  |  |
| --- | --- |
| Naziv ustanove |  |
| Ime in priimek strokovnjaka |  |
| Strokovni profil |  |
| Mesec in leto zadnjega obiska |  |
| Obravnava še poteka | DA  NE |

3.

|  |  |
| --- | --- |
| Naziv ustanove |  |
| Ime in priimek strokovnjaka |  |
| Strokovni profil |  |
| Mesec in leto zadnjega obiska |  |
| Obravnava še poteka | DA  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 pooblaščam ime in priimek , da v mojem imenu vloži Zahtevo za uvedbo postopka usmerjanja.

**Podpis**: