**Prošnja za odlog šolanja**

Ime in priimek otroka: Ime in priimek starša:

Rojstni datum otroka: Naslov starša:

Naslov otroka: Tel. št:

1. Zakaj po vaši presoji otrok ne bi zmogel zahtev 1. razreda?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. So vas v vrtcu (vzgojiteljice ali svetovalna služba vrtca) opozorili na otrokove težave?

DA NE

Če ste obkrožili DA, kakšne težave oz. posebnosti opažajo v vrtcu?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Kakšne oblike pomoči oz. obravnave je otrok deležen v vrtcu/zunanji instituciji (klinični psiholog, logoped, specialni pedagog…)?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Ali je otrok zaradi razvojnih ali drugih težav vključen v obravnavo Razvojne ambulante?

DA NE

*Spodaj podpisana/i želim, da se otroku odloži šolanje za eno leto in soglašam, da OŠ Toneta Čufarja Jesenice posreduje informacijo o tem, da za svojega otroka želim odlog šolanja, vrtcu, v katerega je otrok vključen, in Centru za mentalno zdravje otrok in mladostnikov Jesenice, v kolikor je otrok tam vključen v obravnavo. Soglašam tudi, da lahko šola pridobiva informacije o zrelosti otroka za šolo tako od vrtca, v katerega je otrok vključen, kot od Centra za mentalno zdravje otrok in mladostnikov, kjer je otrok v obravnavi.*

Datum: Podpis: