

# SOGLASJE ZA VKLJUČITEV INKLUZIVNEGA TIMA MOBILNE SLUŽBE CIRIUS KAMNIK



Novi trg 43a  
1241 Kamnik  
tel.: 01/831 74 44  
www.cirius-kamnik.si

1. Podpisana/i \_\_\_\_\_, s  
stalnim bivališčem  
(mati, oče, rejnik, skrbnik, zakoniti zastopnik otroka/mladostnika)

E-naslov \_\_\_\_\_ in kontaktni telefon \_\_\_\_\_,

**soglašam**, da inkluzivni tim mobilne službe Centra za izobraževanje, rehabilitacijo in usposabljanje Kamnik izvaja dodatno strokovno pomoč, nudi strokovno svetovanje, testiranje, pomoč in podporo strokovnim delavcem matičnega VIZ pri celostni obravnavi mojega otroka/mladostnika:

\_\_\_\_\_, rojenega \_\_\_\_\_,  
(ime in priimek otroka/mladostnika)

ki je vključen v \_\_\_\_\_  
(ime in naslov vzgojno-izobraževalnega zavoda)

## izvaja oziroma opravi:

(prosimo, da izberete in v okencu označite zelene storitve)

- pregled in svetovanje za izvajanje dodatne strokovne pomoči,
- pregled in svetovanje glede potrebnih prilagoditev okolja, delovnega mesta in pripomočkov za potrebe VIP v šoli in doma.

## Strokovni delavec CIRIUS Kamnik vzpostavi kontakt:

(prosimo, da izberete in v okencu označite zelene storitve)

- z učitelji in drugimi strokovnimi delavci matičnega vzgojno-izobraževalnega zavoda,
- z drugimi strokovnimi delavci, ki izvajajo terapije ali obravnavo otroka izven pouka in šole.

2. Soglasje je podpisano v dveh izvodih, en izvod zadržijo starši oz. zakoniti zastopnik otroka/mladostnika, drugi izvod je priloga k uradni vlogi za sodelovanje z inkluzivnim timom CIRIUS Kamnik.

Podpis staršev/zakonitega zastopnika:

V \_\_\_\_\_, dne \_\_\_\_\_