

Unitatea de învățământ: _____

Cabinetul școlar de asistență psihopedagogică

Prof. consilier școlar

Solicitarea asistenței psihopedagogice

Numele și prenumele solicitantului.....

CalitateaAdresa.....

Tel

Numele și prenumele
elevului / preșcolarului

.....
Data nașteriiClasa / grupa

Motivul solicitării poate să fie:

- ☐ dezvoltare personală
- ☐ stimă de sine scăzută
- ☐ informare,educație
- ☐ pentru sănătate
- ☐ educație pentru carieră
- ☐ consiliere vocațională
- ☐ eșec școlar, performanțe școlare scăzute
- ☐ abandon școlar
- ☐ evaluare psihopedagogică
- ☐ dificultăți de învățare
- ☐ dificultăți de relaționare
- ☐ probleme de comunicare
- ☐ probleme comportamentale: agresivitate, hiperactivitate, dileme morale, alte cazuri :.....

- ☐ dificultăți în luarea deciziei și asumarea responsabilității
- ☐ scăderea capacității de adaptare la realitate
- ☐ dezvoltarea abilităților sociale-asertivitate
- ☐ controlul stresului
- ☐ managementul timpului
- ☐ abuz emoțional, abuz fizic
- ☐ intervenție în situații de criză: divorț, boală,decesul părintelui
- ☐ prevenția suicidului

Data,

Semnătura părintelui / tutorelui,