

ZŠ/SŠ:

Názov a adresa školy

CPPPaP Zuzkin park 10, 040 11 Košice

Odd. poradenstva sociálneho vývinu a prevencie

☎ 787 16 11, 0911 030 930

✉ prevenciazuzkinpark@gmail.com

Žiadosť o spoluprácu v oblasti univerzálnej a selektívnej prevencie

Krátkodobé preventívne aktivity (max. 3 hodiny, zážitkovou a interaktívnou formou)

- Duševné zdravie a zdravý životný štýl (Body Image, poruchy príjmu potravy)
- Prevencia látkových závislostí
- Prevencia nelátkových závislostí
- Prevencia šikanovania
- Prevencia intolerancie a iných foriem diskriminácie
- Prevencia obchodovania s ľuďmi
- Prevencia rizikového správania v partnerských vzťahoch, výchova k manželstvu a rodičovstvu
- Prevencia sexuálne rizikového správania (HIV, AIDS)
- Riziká virtuálneho prostredia

Dlhodobé preventívne programy (10-20 hodín, formou sociálneho učenia)

- Základný výcvik rovesníckych aktivistov v prevencii látkových závislostí
- Supervízia rovesníckych aktivistov
- Základný výcvik rovesníkov – dôverníkov v prevencii šikanovania
- Supervízia rovesníkov – dôverníkov v prevencii šikanovania
- Program „WOWW“ – inovátny program na skvalitnenie vyučovacieho procesu
- Program „Práca v triede s problémovými vzťahmi“

.....
podpis školského koordinátora ZŠ/SŠ

.....
podpis riaditeľa ZŠ/SŠ a pečiatka školy

Kontakt na školského koordinátora:

Telefón (školský, popr. osobný):

E-mail (školský, osobný):

V školskom roku 2020/2021 budú všetky aktivity realizované podľa aktuálnych epidemiologických podmienok jednotlivých základných, stredných škôl a CPPPaP.

Školy v územnej pôsobnosti CPPPaP, Zuzkin park 10, Košice vytvárajú podmienky pre výkon odborných činností odborných zamestnancov centra priamo v ich sídlach v zmysle platných hygienicko-epidemiologických opatrení (SEMAFOR príslušnej základnej, strednej školy a CPPPaP), príp. sa riadia aktuálnymi pokynmi dohodnutými s konkrétnym odborným zamestnancom centra.

Súhlas zákonného zástupcu žiaka/žiačky

.....
Meno a priezvisko zákonného zástupcu

Súhlasím so zaradením svojho syna/dcéry:
Meno a priezvisko

1. Do programu CPPPaP:
- Rovesnícky výcvik áno – nie
 - Skupinová práca zameraná na vzťahy v triednom kolektíve áno – nie
2. S poskytnutím správy zo skupinových stretnutí vedeniu školy (podľa potreby) áno – nie

V Košiciach dňa
.....
podpis zákonného zástupca

Súhlas zákonného zástupcu žiaka/žiačky

.....
Meno a priezvisko zákonného zástupcu

Súhlasím so zaradením svojho syna/dcéry:
Meno a priezvisko

1. Do programu CPPPaP:
- Rovesnícky výcvik áno – nie
 - Skupinová práca zameraná na vzťahy v triednom kolektíve áno – nie
2. S poskytnutím správy zo skupinových stretnutí vedeniu školy (podľa potreby) áno – nie

V Košiciach dňa
.....
podpis zákonného zástupca