

Vloga za uveljavljanje pravic kandidata s posebnimi potrebami pri opravljanju mature

Šolsko leto opravljanja mature: /

Poklicna matura

Splošna matura

Prekrižajte ustrezen kvadratik

1. Šola, na kateri kandidat/-ka opravlja maturo: Ime in sedež šole	Šifra šole: Izpolni šola.		
2. Osebnih podatki in naslov kandidata/-ke: Priimek in ime	EMŠO _____		
3. Podlaga za uveljavljanje pravic: Prekrižajte ustrezen kvadratik			
<input type="checkbox"/> A) Odločba o usmeritvi št. _____ z dne _____			
<input type="checkbox"/> B) Dokumentacija ustreznih institucij oziroma mnenja zdravnikov specialistov			
4. Primanjkljaj, ovira oziroma motnja kandidata/-ke na podlagi odločbe o usmeritvi: Prekrižajte ustrezen kvadratik			
<input type="checkbox"/> slepota	<input type="checkbox"/> slabovidnost	<input type="checkbox"/> okvara vidne funkcije	<input type="checkbox"/> gluhost
<input type="checkbox"/> naglušnost	<input type="checkbox"/> gluhoslepota	<input type="checkbox"/> avtistične motnje	<input type="checkbox"/> govorno-jezikovne motnje
<input type="checkbox"/> gibalna oviranost	<input type="checkbox"/> dolgotrajna bolezen	<input type="checkbox"/> čustvene in vedenjske motnje	<input type="checkbox"/> primanjkljaji na posameznih področjih učenja
<input type="checkbox"/> barvna slepota			
5. Primanjkljaj, ovira oziroma motnja kandidata/-ke na podlagi dokumentacije ustreznih institucij oziroma mnenja zdravnikov specialistov: Prekrižajte ustrezen kvadratik			
<input type="checkbox"/> slepota	<input type="checkbox"/> slabovidnost	<input type="checkbox"/> okvara vidne funkcije	<input type="checkbox"/> gluhost
<input type="checkbox"/> naglušnost	<input type="checkbox"/> gluhoslepota	<input type="checkbox"/> gibalna oviranost	<input type="checkbox"/> dolgotrajna bolezen
<input type="checkbox"/> barvna slepota	<input type="checkbox"/> prilagoditve v času izobraževanja		
6. Predlagana prilagoditev načina opravljanja mature pri posameznih predmetih je navedena v Preglednici možnih prilagoditev načina opravljanja mature za kandidate s posebnimi potrebami.			

S podpisom potrjujem, da so prilagoditve pravilno označene glede na odločbo o usmeritvi in strokovno mnenje komisije za usmerjanje, dokumentacijo pristojnih institucij oziroma mnenja zdravnikov specialistov ali potrdilo predsednika šolske maturitetne komisije.

Podpis kandidata/-ke oz. zakonitih zastopnikov:

Podpis predsednika/-ce šolske maturitetne komisije:

Datum: _____

Žig

Priloga:
- Odločba o usmeritvi s strokovnim mnenjem komisije za usmerjanje, dokumentacija ustreznih institucij oziroma mnenja zdravnikov specialistov ali potrdilo predsednika šolske maturitetne komisije