



MINISTERUL
EDUCAȚIEI
NAȚIONALE



INSPECTORATUL ȘCOLAR JUDEȚEAN GALAȚI
STR. PORTULUI NR.55 B
☎ 0372362000, 0372362001 ☎ 0236 – 319396
E-mail: info@isj.gl.edu.ro; Adresă site: www.isj.gl.edu.ro

CENTRUL JUDEȚEAN DE RESURSE ȘI ASISTENȚĂ
EDUCAȚIONALĂ GALAȚI
Cod Fiscal: 18642828, Str. Portului Nr.55B, Galați, tel / fax:
0236 / 311158, email: cjrae.galati@gmail.com

Nr. înreg. 2566 /28.03.2013

CĂTRE

UNITĂȚILE ȘCOLARE DIN JUDEȚUL GALAȚI

Vă aducem la cunoștință faptul că evaluarea psihosomatică se realizează în perioada 02-19 aprilie 2013 (conform Calendarului înscrierii în învățământul primar pentru anul școlar 2013 – 2014, Anexă la Ordinul MEN nr. 3434/25.03.2013), în intervalul orar 10.⁰⁰-18.⁰⁰.

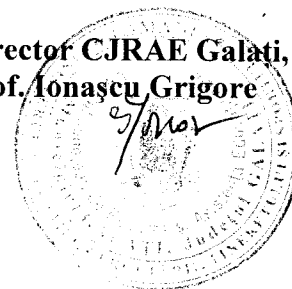
Părinții vor solicita realizarea evaluării psihosomatice a copiilor la C.J.R.A.E Galați, la numărul de telefon 0236/311158, prin completarea și depunerea unei cereri de solicitare (anexată) la sediul CJRAE Galați (din str. Portului nr. 55B, la etajul 3 al internatului Liceului Tehnologic de Marină) sau la unitatea școlară unde părinții optează pentru înscrierea copilului. Ulterior, secretariatul unităților școlare va transmite tabelul nominal cu opțiunile de înscriere către CJRAE Galați (la numărul de telefon și fax: 0236/311158).

Evaluările se vor realiza la sediul CJRAE Galați sau la sediul unităților școlare - în funcție de cererile existente pentru evaluare, la o dată ce va fi comunicată unității școlare.

**Inspector Școlar General,
Prof. Laura Marin**



**Director CJRAE Galați,
Prof. Ionașcu Grigore**





MINISTERUL
EDUCAȚIEI
NAȚIONALE



INSPECTORATUL ȘCOLAR JUDEȚEAN GALAȚI
STR. PORTULUI NR.55 B
☎ 0372362000, 0372362001 ☎ 0236 – 319396
E-mail: info@isj.gl.edu.ro; Adresă site: www.isj.gl.edu.ro

CENTRUL JUDEȚEAN DE RESURSE ȘI ASISTENȚĂ
EDUCAȚIONALĂ GALAȚI
Cod Fiscal: 18642828, Str. Portului Nr.55B, Galați, tel / fax:
0236 / 311158, email: cjrae.galati@gmail.com

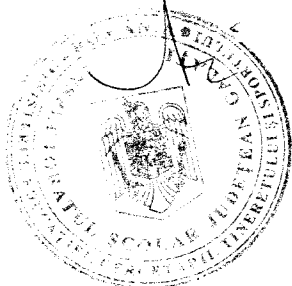
Procedura realizării evaluării psihosomatice:

1. Unitatea școlară primește și înregistrează cererile privind evaluarea psihosomatică;
2. Unitatea școlară transmite către CJRAE la nr. de fax: 0236-311158 sau pe adresa de e-mail: cjrae.galati@gmail.com tabelul nominal cu opțiunile de înscriere o dată la două zile;

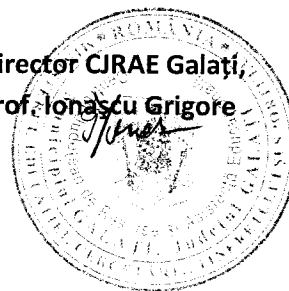
Nr. crt.	Nume și prenume copil	Data nașterii	Opțiune înscriere
----------	-----------------------	---------------	-------------------

3. CJRAE anunță unitatea școlară data la care va avea loc evaluarea psihosomatică;
4. Unitatea școlară are obligația de a anunța telefonic părinții pentru anunțarea datei și intervalului orar de evaluare psihosomatică a copiilor;
5. La data și ora stabilită, părinții au obligația prezentării următoarelor documente: copie după certificatul de naștere al copilului, adeverință medicală / aviz medical de la medicul de familie cu specificația „apt pentru școală”;
6. În urma realizării evaluării psihosomatice, echipa de psihologi va elibera recomandarea privind rezultatul evaluării;
7. Recomandarea va fi depusă de către părinte la secretariatul unității școlare la completarea dosarului de înscriere. Rezultatul recomandării nu poate fi contestat.

Inspector Școlar General,
Prof. Laura Marin



Director CJRAE Galați,
Prof. Ionășcu Grigore





MINISTERUL EDUCAȚIEI NAȚIONALE

CENTRUL JUDEȚEAN DE RESURSE ȘI ASISTENȚĂ EDUCAȚIONALĂ GALAȚI

Cod Fiscal: 18642828, Str. Portului Nr.57 BIS, Galați,

tel / fax: 0236 / 311158, email: cjrae.galati@gmail.com

Nr. _____ / _____

Doamna / Domnule Director

Subsemnata/ul _____,
în calitate de părinte/tutore legal al copilului _____,
născut la data de _____, cu domiciliul în (strada, nr, bl, localitate,
județ.) _____

în conformitate cu Anexa nr. 2 la Ordinul MEN nr. 3434/25.03.2013, solicit evaluarea
psihosomatică a acestuia, în vederea înscrierii în anul școlar 2013-2014 în:

- clasa pregătitoare
- clasa I

Mentionez că:

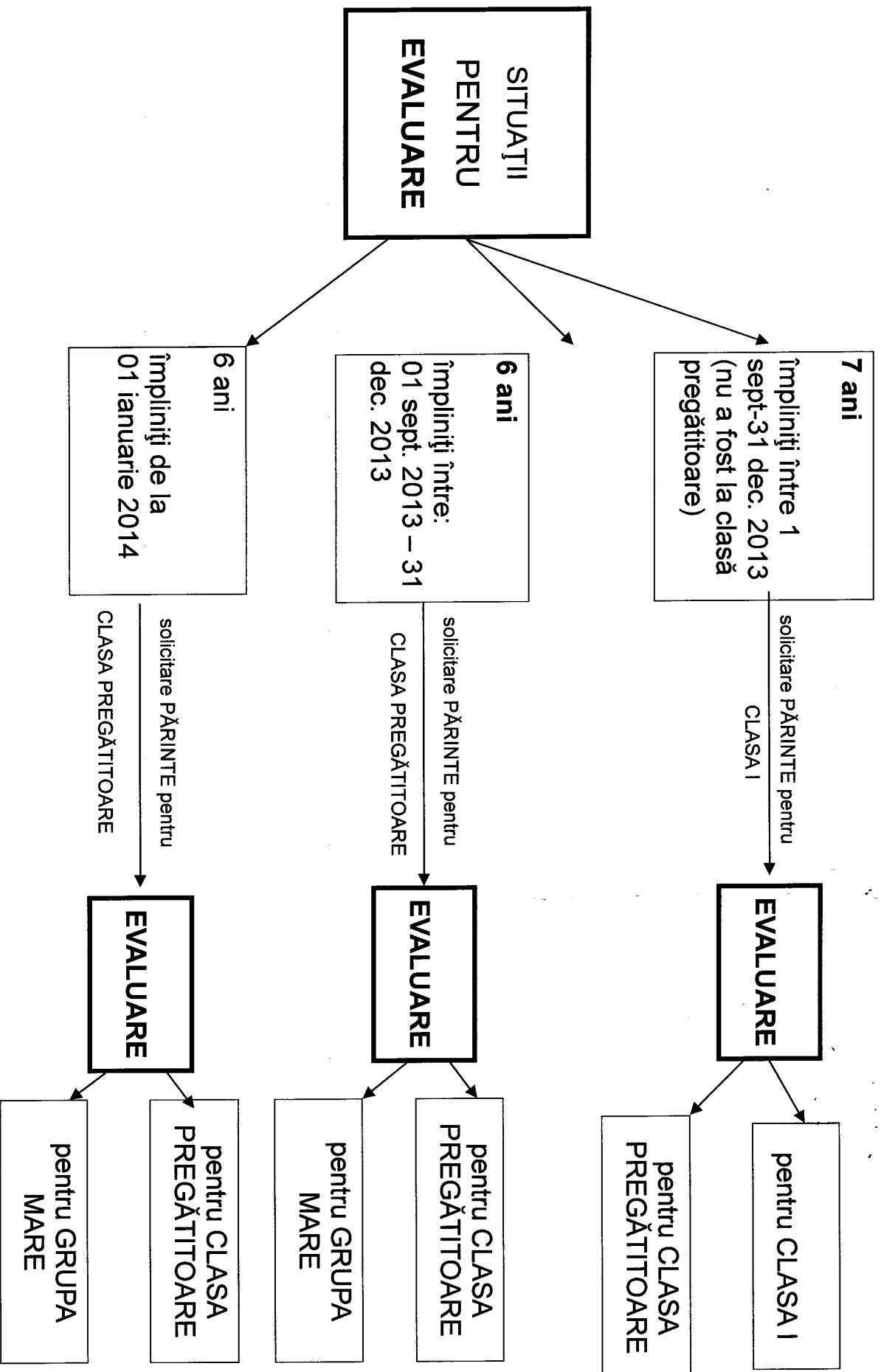
- ✓ în anul școlar 2012-2013, copilul _____ este
înscriș și frecventează grupa _____ din cadrul Grădiniței

- ✓ copilul (fiul/fiica) _____ nu frecventează gradinița.
- ✓ copilul domiciliază în circumscripția Școlii _____

Date de contact: nr. tel: _____

Data: _____

Semnătura părintelui / tutorelui legal



* În cazul în care — în urma evaluării—solicitarea PĂRINTELLUI este respinsă, copilului i se va recomanda nivelul de școlarizare corespunzător vârstei. Rezultatul evaluării nu poate fi contestat!