Základní škola a Praktická škola, Opava, Slezského odboje 5,

příspěvková organizace

**Speciálně pedagogické centrum Srdce**

746 01 Opava, tel.: 553 626 092, 733 611 510, ID DS hjai8cx,

e-mail: spcsrdce@zspsopava.cz

**ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ PORADENSKÝCH SLUŽEB A ZPRÁVA ŠKOLY O ŽÁKOVI SŠ**

**jako podklad k posouzení speciálně vzdělávacích potřeb žáka a stanovení míry podpůrných opatření ve vzdělávání**

**vyplní zákonný zástupce / zletilý klient**

Žádost o poskytnutí poradenských služeb dle vyhlášky č. 197/2016 Sb., kterou se mění vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, ve znění pozdějších předpisů.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Jméno a příjmení** (dítěte/žáka/studenta): | | **Narozen (a):** |
| **Bydliště:** | | PSČ: |
| **Jméno a příjmení matky:** | | **Titul:** |
| **Telefon:** | **Email:** | |
| **Bydliště matky:** | | PSČ: |
| **Jméno a příjmení otce:** | | **Titul:** |
| **Telefon:** | **Email:** | |
| **Bydliště otce:** | | PSČ: |
| **Datová schránka na rodiče:** | | |
| **Název školy (MŠ, ZŠ, SŠ):** | | |
| **Adresa školy:** | | |
| **Třída, obor:** | | |
| **Uskutečněná vyšetření** (aktuální lékařské zprávy doneste s sebou k vyšetření, případně doručte předem)**:** | | |
| **Vyšetření žádá** (jméno, příjmení, vztah k dítěti)**:** | | |
| **Důvod poskytnutí poradenské služby** (vybrané zatrhněte)**:**  \* výukové  \* výchovné  \* vstupní vyšetření \* asistent pedagoga na šk. rok………………..  \* kontrolní vyšetření \* do příslušného školského zařízení  \* převzetí do péče SPC \* do školní družiny  \* vyšetření školní zralosti \* doporučení ke vzdělání na šk. rok…………..  \* vyšetření profesní orientace \* doporučení k přijímacímu řízení na SŠ  \* jiné | | |
| **Aktuální zdravotní stav dítěte / žáka / studenta** (diagnóza, mobilita, úroveň komunikace apod.): | | |

**Lhůta pro zahájení poradenské služby začíná dnem doručení této žádosti do SPC.**

Je-li dítě/žák/student v péči odborného lékaře (neurologa, logopeda, psychiatra, klinického psychologa apod.) doneste, prosím, s sebou k vyšetření jejich aktuální zprávy a školní sešity.

Vaše údaje budou sloužit pro potřeby SPC v souladu se zákonem č. 110/2019 Sb. o ochraně osobních údajů v informačních systémech, a to v období trvání péče SPC o klienta.

|  |  |
| --- | --- |
| Datum: | Podpis: |

Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění pozdějších změn a předpisů

Vyhláška č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných

**Informace o dosavadním průběhu vzdělávání žáka – vyplní škola**

|  |  |
| --- | --- |
| Jméno a příjmení žáka: | |
| Datum narození: | |
| Bydliště: | PSČ: |

**Obor vzdělání:**

|  |  |
| --- | --- |
| **J** Střední nebo střední odborné vzdělání bez maturity i výučního  listu | **M** Úplné střední odborné vzdělání s maturitou (bez vyučení) |
| **C** Praktická škola | **L/0** Úplné střední odborné vzdělání s odborným výcvikem a  maturitou |
| **H** Střední odborné vzdělání s výučním listem | **K** Úplné střední všeobecné vzdělání (na gymnáziu) |
| **E** Nižší střední odborné vzdělání s výučním listem | **P** Vyšší odborné vzdělání v konzervatoři |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Adresa a REDIZO školy (podle rejstříku škol): | | | | | | PSČ: |
| Datová schránka školy: | | | | | | |
| Telefon školy: | | | | Email školy: | | |
| Název vzdělávacího oboru: | | | | | | |
| Datum zahájení studia od: | | | | Datum ukončení studia od: | | |
| Třída (1. A, VII. B apod.): | | Ročník: | | | Rok školní docházky: | |
| Opakoval/a ročník: | ANO | | NE | Pokud ano, který ročník: | | |

|  |
| --- |
| **Hodnocení z odborných předmětů a praxe:** |

|  |
| --- |
| **Hodnocení teoretických předmětů:** |

**Pedagogická diagnostika**

|  |
| --- |
| **1. Zhodnocení, jak žák zvládá nároky daného učebního/studijního oboru:** |
| **2. Uveďte žákovy pozitivní vlastnosti a schopnosti, které využívá ve výuce/praxi:** |
| **3. Vyjádření pedagoga ke kvalitě a motivaci k profesní přípravě žáka:** |
| **4. Manuální zručnost žáka a jeho ochota a možnosti k vykonávání fyzických činností:** |
| **5. Chování žáka:** |
| **6. Zhodnocení nastavení podpůrných opatření (vyhovují – nevyhovují), případně navrhněte změny:** |
| **7. Dopomoc AP, úvazek/počet hodin přítomnosti ve výuce:** |
| 8. Návrh uzpůsobení podmínek konání maturitní zkoušky (prodloužení časového limitu, tolerance diagnostikovaných symptomů v písemném/ústním projevu, nutnost navýšení časového limitu v praktické části konání MZ, kompenzační pomůcky): |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Zpracoval:**   |  |  | | --- | --- | | Třídní učitel  (jméno, příjmení, titul) | podpis | |
| **Podpis zákonného zástupce žáka/zletilého žáka:** |

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| V(e) | dne |

|  |
| --- |
| (podpis ředitele a razítko školy) |