



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@zspsoopava.cz



ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ PORADENSKÝCH SLUŽEB

Žádost vyplní zákonný zástupce / zletilý klient a obratem předá do SPC

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: _____

Název školy, kde bylo nebo půjde dítě k zápisu: _____

Pediatr / ošetřující lékař: _____

Odborný lékař:

(neurolog, psychiatr apod.) _____

Vyšetření žádá:

(jméno, příjmení, vztah k dítěti) _____

Důvod poskytnutí poradenské služby (vyšetření, konzultace, posouzení podpůrných opatření apod.): _____

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: _____