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**

**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: |