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 DÍTĚTI MŠ**

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

**vyplní zákonný zástupce**

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:** |
| **Ukutečněná vyšetření** (aktuální lékařské zprávy doneste s sebou k vyšetření, případně doručte předem)**:** |
| **Vyšetření žádá** (jméno, příjmení, vztah k dítěti)**:** |
| **Důvod poskytnutí poradenské služby** (vyšetření, konzultace, posouzení podpůrných opatření apod., změna školy - její adresa): |
| **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: |

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

|  |
| --- |
| Jméno a příjmení dítěte: |
| Datum narození: |
| Bydliště: | PSČ |
| Jméno, příjmení, titul matky:  | Telefon: |
| Jméno, příjmení, titul otce:  | Telefon |
| Název mateřské školy: |
| Adresa mateřské školy (podle rejstříku škol): | PSČ |
| Datová schránka mateřské školy: |
| Telefon školy: | Email školy: |
| Datum zahájení docházky od: | Datum ukončení docházky od: |
| Třída: (Sluníčka, Berušky, apod.) |

|  |
| --- |
| **Důvody vyšetření** – **podrobně specifikujte projevy** (zdravotní znevýhodnění, nedostatek nadání, problémy v chování, zhodnocení posouzení spec. vzdělávacích potřeb, zhodnocení posouzení míry podpůrných opatření, event. zhodnocení aktuálního stavu dítěte apod.): |

|  |
| --- |
| **Informace o intervenci jiného odborného pracoviště** (má-li škola tyto informace k dispozici, příp. závěry odborných vyšetření …): |
| jiné školské poradenské zařízení (PPP, SPC)   | Logoped  |
| odborný lékař (např.: psychiatr, neurolog …) | jiné odborné pracoviště |

**Situace v kmenové třídě dítěte**:

|  |
| --- |
| **Situace v kmenové třídě dítěte**: |
| Počet dětí se SVP s přiznaným podpůrným opatřením II. – V. stupně: |

|  |
| --- |
| **Situace v kmenové třídě dítěte – personální podpora**: |
| Počet dětí ve třídě, kterým je při vzdělávání poskytována podpora: |
| asistentem pedagoga |

**Vypište pomůcky, které dítě používá:**

|  |
| --- |
| Kompenzační pomůcky: |
| Speciální pomůcky a pracovní listy: |
| Softwarové a IT vybavení: |

|  |
| --- |
| **Adaptace dítěte na prostředí MŠ:** |

|  |
| --- |
| **Chování dítěte** (chování k učitelům a ostatním dětem, zájem o hru nebo práci, soustředěnost, dokončí činnost, žádá o pomoc, plní příkazy, tempo, volnočasové aktivity apod.): |

|  |
| --- |
| **Obratnost hrubé motoriky** (mobilita, udržení rovnováhy, běh, skákání po jedné noze a snožmo, chytání a házení míče): |

|  |
| --- |
| **Obratnost jemné motoriky a grafomotoriky** (stříhání, lepení, navlékání korálků, stavebnice, lateralita, úchop kreslící potřeby, výtvarný projev apod.): |

|  |
| --- |
| **Výsledky dítěte v rozumové výchově** (paměť a myšlení dítěte - pamatuje si básničky, rozlišuje zvuky, početní představy, třídí, pojmenovává apod.): |

|  |
| --- |
| **Charakteristika pozornosti dítěte:** |

|  |
| --- |
| **Charakteristika řečového vývoje a prostředky komunikace** (pasivní a aktivní slovní zásoba, vady řeči, porozumění řeči apod.): |

|  |
| --- |
| **Sebeobsluha** (oblékání, jídlo, hygiena – mytí rukou, WC, zavazování tkaniček a jiné): |

|  |
| --- |
| **Činnosti, ve kterých je dítě neúspěšné, výrazné výchovné obtíže:** |

|  |
| --- |
| **Rodinné prostředí dítěte a jeho výchovné působení na dítě z pohledu MŠ** (včetně skutečnosti, že dítě vyrůstá v odlišném kulturním prostředí nebo specifických životních podmínkách): |

|  |
| --- |
| **Návrh podpůrných opatření, která mají být aplikována:** |
| **Návrh vzdělávání:** |
| bez IVP | inkluzivní vzdělávání v běžné MŠ |
| s IVP | třída, oddělení, skupina v běžné škole podle § 16, odst. 9 ŠZ |
|  | zařazení do školy, která vzdělává žáky dle § 16 odst. 9 ŠZ (nutné doložit žádost zákonného zástupce nebo zletilého žáka!) |

**Návrh personální podpory:**

|  |
| --- |
| asistent pedagoga/počet hodin |
| přítomnost další osoby – osobní asistent, zdravotnický pracovník (vypište) |

|  |
| --- |
| **Navrhněte pomůcky, které by dítě potřebovalo k výuce:** |

|  |
| --- |
| **Další poznatky a informace** (např.: upřesnění předchozích bodů, absence z důvodů zhoršeného zdravotního stavu, způsob komunikace s dítětem apod.): |

**Přílohy:**

|  |  |
| --- | --- |
| Individuální vzdělávací plán | ze dne |
| Jiné přílohy (prosím vypište):  |

**Zpracoval:**

|  |  |
| --- | --- |
| Třídní učitel (jméno, příjmení, titul) | (podpis) |

|  |
| --- |
| **Podpis zákonného zástupce dítěte:** |

|  |
| --- |
|  |

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

|  |
| --- |
|  |

 (podpis ředitele a razítko školy)