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 ZŠS Díl II**

**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:** | | |
| **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 žáka – vyplní škola**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Jméno a příjmení žáka: | | | | | | |
| Datum narození: | | | | | | |
| Bydliště: | | | | | | PSČ: |
| Jméno, příjmení, titul matky: | | | | | | Telefon: |
| Jméno, příjmení, titul otce: | | | | | | Telefon: |
| Název kmenové školy: | | | | | | |
| Adresa školy (podle rejstříku škol): | | | | | | PSČ: |
| Datová schránka školy: | | | | | | |
| Telefon školy: | | | | Email školy: | | |
| 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: | | |
| Vzdělávací program: | | | | | | |

**Zasíláme jako podklad:**

|  |  |
| --- | --- |
| k prvotnímu vyšetření | |
| ke kontrolnímu vyšetření | Poslední vyšetření dne: |

|  |
| --- |
| **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 žáka apod.): |

**Situace v kmenové třídě žáka:**

|  |
| --- |
| Celkový počet žáků ve třídě: |

**Situace v kmenové třídě žáka – personální podpora:**

Počet žáků ve třídě, kterým je při vzdělávání poskytována podpora:

|  |
| --- |
| a) asistentem pedagoga/počet hodin |
| b) dalším pedagogickým pracovníkem/počet hodin |

**Vypište pomůcky, které žák používá:**

|  |
| --- |
| Kompenzační pomůcky: |
| Speciální učebnice a pomůcky: |
| Softwarové a IT vybavení: |

|  |
| --- |
| **Adaptace žáka na prostředí:** |

|  |
| --- |
| **Zapojení žáka do školních aktivit (**zájem o hru nebo práci, jak používá hračky, soustředěnost, dokončí činnost, žádá o pomoc, plní příkazy, tempo apod.): |

|  |
| --- |
| **Obratnost hrubé motoriky** (převažující poloha, sed, chůze): |

|  |
| --- |
| **Obratnost jemné motoriky** (uchopování, grafomotorika): |

|  |
| --- |
| **Charakteristika zrakového a sluchového vnímání žáka:** |
| **Charakteristika řečového vývoje a prostředky komunikace** (způsob a úroveň vyjadřování): |

|  |
| --- |
| **Sebeobsluha** (pomáhá při oblékání, forma stravy, způsob krmení, příjem tekutin, vyměšování, plenkování apod.): |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Návrh podpůrných opatření, která mají být aplikována:** | | | | |
| **Návrh personální podpory:** | | | | |
| asistent pedagoga | počet hodin: | sdílený | NFN | jiné |
| přítomnost další osoby – osobní asistent, zdravotnický pracovník …(vypište): | | | | |

|  |
| --- |
| **Navrhněte pomůcky, které by žák potřeboval 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 žáka:** |

|  |
| --- |
|  |

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

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