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:** |
| **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: |