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

**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**

Žádám tímto o vyšetření žáka/zletilého žáka (jméno a příjmení) narozeného dne (datum)

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Důvod vyšetření:

|  |
| --- |
|  |

Kontaktní údaje na rodiče žáka/zletilého žáka:

|  |  |
| --- | --- |
| Telefon: | email: |

Současně žádám o zpracování níže uvedeného pedagogického zjištění školy (informace o dosavadním průběhu vzdělávání žáka) a o jeho zaslání na adresu příslušného pracoviště SPC.

Jméno a příjmení zákonnéhozástupce žáka/zletilého žáka:

|  |
| --- |
|  |

**Podpis** zákonného zástupcežáka/zletilého žáka:

|  |
| --- |
|  |

**ZPRÁVA ŠKOLY O ŽÁKOVI ZŠS Díl II**

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.): |

**Informace o intervenci jiného odborného pracoviště** (má-li škola tyto informace k dispozici, příp. závěry odborných vyšetření …):

|  |  |
| --- | --- |
| jiné školské poradenské zařízení (PPP, SPC) | středisko výchovné péče |
| odborný lékař (např.: psychiatr, neurolog …) | logoped |
| jiné odborné pracoviště |  |

|  |
| --- |
| **Dosavadní provedená opatření k řešení problémů žáka:** |
| Žákovi byla poskytována podpora: |
| asistentem pedagoga | sdílený | NFN | jiné |
| individuální vzdělávací plán (IVP) |
| stupeň podpůrného opatření (napište číslo) |

**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 | b) dalším pedagogickým pracovníkem |

**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) |
| Výchovný poradce (jméno, příjmení, titul) | (podpis) |
| Školní speciální pedagog / psycholog (jméno, příjmení, titul) | (podpis) |

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

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