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 ZŠ**

**jako podklad k posouzení speciálně vzdělávacích potřeb žáka 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:** |
| **Uskutečněná vyšetření** (aktuální lékařské zprávy doneste s sebou k vyšetření, případně doručte předem)**:** |
| **Vyšetření žádá** (jméno, příjmení, vztah k dítěti)**:** |
| **Důvod poskytnutí poradenské služby** (vybrané zatrhněte)**:** \* výukové \* výchovné \* vstupní vyšetření \* asistent pedagoga na šk. rok……………….. \* kontrolní vyšetření \* do příslušného školského zařízení \* převzetí do péče SPC \* do školní družiny \* vyšetření školní zralosti \* doporučení ke vzdělání na šk. rok………….. \* vyšetření profesní orientace \* doporučení k přijímacímu řízení na SŠ\* jiné  |
| **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: |

Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění pozdějších změn a předpisů

Vyhláška č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných

**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: |
| Žák navštěvuje školní družinu nebo školní klub (ano/ne):  |

**Současný stav klasifikace:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **školní prospěch** **1. stupeň**  | ČJ  |  | M  |  | Cizí jazyk  | Prv  |  | Vl  |  | Př  |  | Hv  | Vv |   | Ps  |  | Tv  |
|   |  |   |  |   |   |  |   |  |   |  |   |   |  |   |  |   |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **školní prospěch** **2. stupeň**  | ČJ  |  | M  |  | Cizí jazyk  | D  |  | Z  | P  | F  |  | Ch  | Hv  | Vv  | Pv  | Tv  |
|   |  |   |  |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |

|  |
| --- |
| Jiné předměty (vypište): |

|  |
| --- |
| **Chování žáka ve škole** (vztah ke školní práci, chování k učitelům a spolužákům, volnočasové aktivity 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):  |
| **Důvody vyšetření** – **podrobně specifikujte projevy** (zdravotní znevýhodnění, nedostatek nadání, specifická porucha učení nebo chování, nedostatky v domácí přípravě, zhodnocení posouzení spec. vzdělávacích potřeb, zhodnocení posouzení míry podpůrných opatření, event. zhodnocení aktuálního stavu žáka apod.): |

|  |
| --- |
| **Charakteristika vědomostí a dovedností v M a ČJ** (vyplňte, co se daří, případně obtíže) |

**Situace v kmenové třídě žáka**:

|  |
| --- |
| Celkový počet žáků ve třídě: |
| Počet žáků se SVP s přiznaným podpůrným opatřením II.-V. stupně:  |

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| asistentem pedagoga/počet hodin | školním speciálním pedagogem  |
| školním psychologem | dalším pedagogickým pracovníkem  |

 **Vypište pomůcky, které žák používá:**

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

**Návrh podpůrných opatření, která mají být aplikována:**

**Návrh vzdělávání:**

|  |  |
| --- | --- |
| bez IVP | inkluzivní vzdělávání v běžné ZŠ  |
| 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!)  |
| předměty speciálně pedagogické péče  |
| asistent pedagoga v ZŠ/počet hodin | asistent pedagoga v ŠD/počet hodin |
| školní speciální pedagog  |
| školní psycholog  |
| další pedagogický pracovník  |
| 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 žákem apod.): |

**Zpracoval:**

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

 |
| **Podpis zákonného zástupce žáka/zletilého žáka:** |

|  |
| --- |
|  |

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

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