



Speciálně pedagogické centrum pro mentální postižení a vady řeči

při ZÁKLADNÍ ŠKOLE, BRUNTÁL, Rýmařovská 15, příspěvková organizace

Telefonní kontakt: mentální postižení - 552306854

vady řeči - 552 306 858/57 sociální pracovník - 552306856

e-mail: spc.bruntal@zsbr.cz

Žádost o poskytnutí poradenských služeb

(vyšetření, vyhodnocení, posouzení SVP)

Jméno dítěte

Korespondenční adresa/trvalé bydliště

Datum a místo narození

Kontaktní telefon e-mail

Mělo již dítě odklad povinné školní docházky? Pro který školní rok?

Bylo již dítě psychologicky vyšetřeno (kdy, kým)?

Jedná-li se o první vyšetření v SPC, popište prosím stručně zdravotní problém dítěte:

.....

Proč žádáte o vyšetření dítěte? (popište problém):

.....

Souhlasím s aktuálně nastavenými PO a jejich naplňováním ve školním zařízení: ANO NE

Žádám o prodloužení aktuálně nastavených podpůrných opatření beze změn: ANO NE

Žádám o:

☐ speciálně pedagogické vyšetření/psychologické vyšetření

☐ logopedické vyšetření

☐ jiné:

Prohlášení zákonného zástupce

Prohlašuji, že ve věci žádosti o poskytování poradenských služeb **jednám ve shodě s druhým zákonným zástupcem**. Jsem si vědom/a povinnosti SPC oznámit, v případě potřeby doložit soudem, stanovené změny v úpravě rodičovských práv.

Současně žádám o zpracování níže uvedeného pedagogického zjištění školy (informace o dosavadním průběhu vzdělávání žáka) a o jeho zaslání na adresu SPC Bruntál. Beru na vědomí, že SPC Bruntál zpracovává osobní údaje uvedené v této žádosti v souladu se zákonem č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů, v platném znění.

V

dne

Podpis žadatele

(hůlkovým písmem čitelně)

Pedagogické zjištění školy

(pro žáka II. stupně základní školy)

Jméno a příjmení žáka

Číslo spisu v SPC (je-li evidován)

Jméno matky

Jméno otce

Název navštěvované základní školy

Zahájení PŠD

Realizace odkladu PŠD

Opakování ročníku

Aktuální roč./rok školní docházky

.....

.....

.....

.....

Absence:

omluvená

neomluvená

Hodnocení vysvědčení ze dne:

JČ

Další jazyk

Ma

F

Ch

D

Z

Př

Oblíbené předměty

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Aktuálně nastavená podpůrná opatření dítěti se SVP vyhovují ANO NE

Návrh změny:

.....
.....
.....

Prosíme rozepsat:

Největší problémy x nejlepší výsledky

.....
.....
.....
.....
.....

Úroveň komunikačních a řečových schopností (vady, dosavadní péče)

.....
.....
.....
.....
.....

Dosud aplikovaná podpora:
spec.ped/psychologa

PO1/PLPP

IVP

AP

Péče

.....

.....

.....

.....

Počet žáků ve třídě:

Celkový počet

Počet s PO II.-V. stupně

Počet s přiznaným AP

.....

.....

.....

Důvody vyšetření

(Podrobný popis problémů a školních neúspěchů)

Chování žáka

(ochota k řízené činnosti, vztah k pedagogům a spolužákům, případné problémy)

Hodnocení úrovně spolupráce s rodinou/zákonným zástupcem

Žák absolvoval vyšetření (pokud škola disponuje těmito informacemi)

Další rozšiřující poznatky a informace

Žák absolvoval vyšetření v jiném ŠPZ (pokud škola disponuje těmito informacemi, uveďte je):

SPC

PPP

SVP

logoped

Klinický psycholog

Koordinátor společného vzdělávání (+ telefon):

Pedagogické zjištění vyplnil:

Jméno + telefon:

podpis

V

dne

.....

(podpis ředitele a razítko školy)

