**S****PECIÁLNĚ PEDAGOGICKÉ CENTRUM**

**při Základní škole, Opava, Praskova 411,**

**příspěvková organizace**

🕿 553 627 004 • 731 618 445 • ID DS p7chk5h • zshavl@po-msk.cz • [www.zrakopava.](http://www.zrakopava.)eu

**ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ PORADENSKÉ SLUŽBY PRO DÍTĚ/ŽÁKA S VADOU ŘEČI**

|  |
| --- |
| Vyšetření žádá (u nezletilého klienta uveďte jméno a příjmení zákonného zástupce): |
|  |
| Jméno a příjmení zákonného zástupce |       |
| Jméno a příjmení klienta |       |
| Datum narození klienta |       |
| Bydliště klienta |       |
| Email zákonného zástupce |       |
| Telefon zákonného zástupce |       | ID DS       |
|  |
| Škola: | [ ]  MŠ [ ]  ZŠ [ ]  SŠ |
| Adresa aktuální školy: |       |
| Třída/Zápis: |       |
|  |
| Důvod vyšetření: |  |  |

[ ] posouzení stavu řeči

[ ] kontrolní vyšetření

[ ] doporučení k nástupu do MŠ/ZŠ/SŠ (děti a žáci se speciálními vzdělávacími potřebami- §16/9 ŠZ)

[ ] vyšetření školní zralosti

[ ] vyšetření profesní orientace

[ ] uzpůsobení podmínek přijímacího řízení na SŠ

[ ] doporučení k průběhu studia na SŠ/SOU

[ ] uzpůsobení podmínek Státní maturitní zkoušky (samostatná žádost)

[ ] terapie/reedukace

[ ]  depistáž

[ ]  jiné (uveďte)

|  |
| --- |
| Byl klient vyšetřen v jiném SPC/PPP (uveďte název zařízení, důvod a datum posledního vyšetření) |
|       |

Klient je dále v péči (uveďte jméno odborníka):

|  |  |
| --- | --- |
| klinického logopeda |       |
| ORL/foniatra |       |
| klinického psychologa |       |
| psychiatra |       |
| Společnosti pro ranou péči |       |
| jiného odborníka |       |

|  |
| --- |
| **POKUD JE KLIENT VEDEN V ODBORNÉ/LÉKAŘSKÉ PÉČI,****JE NUTNÉ DOLOŽIT K TÉTO ŽÁDOSTI KOPII AKTUÁLNÍ ZPRÁVY** |

**Vyberte řečové obtíže**:

|  |
| --- |
| [ ]  vyslovuje nesprávně některé hlásky (uveďte které)      |
| [ ]  má problém ve vyjadřování (uveďte jaký)      |
| [ ]  má výukové obtíže (uveďte jaké)      |
| [ ]  jiné (uveďte)      |

V případě, že klient navštěvuje školské zařízení, souhlasím se zasláním dotazníku MŠ/ZŠ/SŠ:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | [ ] ANO |  |  | [ ]  NE |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Datum: |  |  | Podpis zákonného zástupce |

hodící se označte [x]

|  |
| --- |
| Vyplněnou žádost odešlete buď:- emailem: zshavl@po-msk.cz (nejvhodnější způsob odeslání)- doporučeně na adresu: SPC při ZŠ, Praskova 411/14, 746 01 Opava- nebo přineste osobně |