**ŽÁDOST o poskytnutí péče v SPC pro dítě, žáka, studenta:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Jméno a příjmení žáka/žákyně: | | | |  | | | | | | Datum narození: | | |  | |
| Adresa: | |  | | | | | PSČ, obec: |  | | | | | |
| Škola: |  | | | | | | | | | Třída: |  | | | |
| Jméno zákonného zástupce: | | |  | | | | | | | | | | | |
| Kontakty na zákonného zástupce: | | | | | tel.: |  | | | e-mail: | | |  | | |

**Charakteristika požadavku** (označte křížkem):

**Kontrolní vyšetření s nastavením asistenta pedagoga apod.** – *nutné přidat podklady ze školy*

**Vřazení do speciální školy nebo přípravné třídy §16 ŠZ.**

**Logopedické obtíže –** *nutné přidat podklady ze školy a od klinického logopeda*

**Profesní orientace**

**Podezření na autismus** – *nutné dodat vyjádření školy a popř. neurologa a psychiatra, pediatra*

**Autismus –** nastavení podpůrných opatření ve škole

**Výchovné obtíže** ve škole i doma, potřeba konzultace

**Jiné:**

**Upřesnění požadavku**:

**Lékař specialista**: (DPA, neurologie, atp.) *vypište:*

**Spolupracující zařízení** (SVP, OSPOD) *vypište:*

Žádosti vyřizujeme chronologicky dle data přijetí žádosti.

Termín vyšetření Vám bude sdělen pověřeným pracovníkem – prosíme o trpělivost.

Datum: Podpis zákonného zástupce: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Zletilého studenta (zaškrtněte)