**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)