

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)