**Dotazník pro školu – podklad pro revizní šetření Doporučení ŠPZ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Jméno a příjmení žáka:** |  | **Třída – ročník:** |  |
| **Situace ve třídě:** |
| **Celkový počet žáků ve třídě:** |  |
| Z toho počet žáků: | Nadaných | S podpůrnými opatřeními (PO) I. stupně | S PO II. až V. stupně |
|  |  |  |
| Působí ve třídě asistent pedagoga (AP)? Pokud ANO, stručně charakterizujte obtíže žáka, kvůli kterému je AP do třídy přidělen (SPU, autismus, poruchy chování, dysfázie…) |  |
| **Uveďte kontaktní údaje na třídního učitele, výchovného poradce, případně další kompetentní osoby, se kterými je možné konzultovat vzdělávací obtíže a prospěch žáka:** |
| Pozice | Jméno a příjmení | Telefon | E-mailová adresa |
| Třídní učitel |  |  |  |
| Výchovný poradce |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Škola disponuje těmito odborníky:** |
| *Vhodnou odpověď označte X* | ANO | NE |
| Školním psychologem |  |  |
| Speciálním pedagogem |  |  |
| Pedagogickým pracovníkem s rozšířenou kompetencí pro speciální pedagogiku |  |  |
| Logopedickým asistentem |  |  |
| Jiným odborníkem důležitým pro stanovení PO; uveďte jeho pozici |  |

|  |
| --- |
| **Spolupráce se ŠPZ:** |
| **Kompetentní osoby, které zajišťují spolupráci se ŠPZ:** |
| Pozice | Jméno a příjmení | Telefon | E-mailová adresa |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Datum konzultace Doporučení ŠPZ určeného k revizi se školou: |  |
| Jakým způsobem konzultace proběhla? (osobní setkání, e-mailová korespondence, telefonická komunikace, konzultace neproběhla…): |  |
| **Uveďte body, u nichž jste žádali změnu, a zdůvodněte:**(Není nutné vyplňovat, pokud je žadatelem o revizi škola a potřebné je uvedeno v žádosti o revizi**.**) |
|  |
| Datum, kdy byli s doporučením seznámeni zákonní zástupci žáka / zletilý žák ve škole, a s jakým závěrem (souhlasili, s výhradami, nesouhlasili…): |  |
| **Další podstatné informace, které by mohly mít vliv při posuzování, zda podpůrná opatření stanovená v Doporučení ŠPZ odpovídají skutečným vzdělávacím potřebám a možnostem žáka.**  |
|  |

Vyplnil/a: Podpis: Datum: