

Speciálně pedagogické centrum

Jedličkův ústav a Mateřská škola a Základní škola a Střední škola

sídlo: Na Topolce 1/1350, 140 00 Praha 4- Nusle ☎ 261 215 839

doručovací adresa: V Pevnosti 4, 128 41 Praha 2

D Ů V Ě R N Ě !!!**DOTAZNÍK SPC PRO ZÁKONNÉ ZÁSTUPCE / ZLETILÉHO ŽÁKA NEBO STUDENTA**

Prosíme o vyplnění tohoto dotazníku, který je určen výhradně pro potřeby SPC JÚŠ.

Jméno a příjmení žáka/studenta	
Datum narození	
Adresa trvalého bydliště	
Telefon a email (u zletilých)	
Důvod žádosti o poradenské služby	

Současná škola (školka), kterou žák/student navštěvuje (název, adresa)			
Datum 1. nástupu do uvedené školy (školky)		Obor (u SŠ)	
Třída/ročník		Třídní učitel	

Předchozí škola, kterou žák/student navštěvoval (název, adresa)	
Odklad školní docházky od - do	

Mimoškolní aktivity, zájmy, kroužky	
--	--

Speciálně pedagogické centrum

Jedličkův ústav a Mateřská škola a Základní škola a Střední škola
sídlo: Na Topolce 1/1350, 140 00 Praha 4- Nusle ☎ 261 215 839
doručovací adresa: V Pevnosti 4, 128 41 Praha 2

Matka žáka/studenta (zákonný zástupce!)

Jméno, příjmení, titul:	
Datum narození:	
Adresa trvalého bydliště:	
Adresa skutečného bydliště: (pokud se liší od adresy trv.bydl.)	
Telefon:	E-mail:

Otec žáka/studenta (zákonný zástupce!)

Jméno, příjmení, titul:	
Datum narození:	
Adresa trvalého bydliště:	
Adresa skutečného bydliště: (pokud se liší od adresy trv.bydl.)	
Telefon:	E-mail:

Rodiče žáka/studenta žijí – nežijí ve společné domácnosti*

Matka je – není zbavena rodičovské zodpovědnosti,
 je – není jí výkon rodičovské zodpovědnosti pozastaven

Otec je – není zbaven rodičovské zodpovědnosti,
 je – není mu výkon rodičovské zodpovědnosti pozastaven

Diagnóza žáka/studenta:

Prodělané závažné úrazy, nemoci, operace:

Speciálně pedagogické centrum

Jedličkův ústav a Mateřská škola a Základní škola a Střední škola
sídlo: Na Topolce 1/1350, 140 00 Praha 4- Nusle ☎ 261 215 839
doručovací adresa: V Pevnosti 4, 128 41 Praha 2

Žák/student je v péči těchto odborníků, zařízení (lékaři, zdravotnická zařízení, SPC, PPP, jiní odborníci):

Jméno, odbornost, příp. název zařízení	Lékař, adresa/název zařízení

Předcházející poradenská péče (psychologická, speciálně pedagogická)

Kde: _____

Kdy: _____

Žák/student má přiznáno: TP ZTP ZTP/P*

Pobírané sociální dávky a příspěvky:

V zájmu dobré spolupráce **nahlaste, prosím, všechny důležité změny** (bydliště, školy aj.).

Poučení:

- *Potvrzuji správnost uvedených údajů a dávám svůj souhlas pracovníkům SPC JÚŠ, aby zpracovávalo a evidovalo osobní údaje a osobní citlivé údaje mého dítěte ve smyslu všech ustanovení zákona 101/2000 Sb. O ochraně osobních údajů v platném znění.*
- *Souhlasím s poskytováním poradenských služeb SPC v souladu s platnou legislativou, zejm. vyhl. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami, vyhl. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských zařízeních, zákonem 561/2004 Sb. ve znění pozdějších předpisů zejm. zákona č. 82/2015 Sb. .*
- *Při nastalých změnách se zavazuji SPC JÚŠ neprodleně informovat (změna školy, změny podmínek vzdělávání, změna bydliště, změna zdravotního stavu apod.)*

_____ Datum a místo vyplnění:

_____ Podpis zákonného zástupce/zletilého klienta