

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| číslo klienta: | | | | číslo jednací: | | | **\***datum přijetí žádosti: | |
| **Запит на отримання консультаційних послуг** | | | | | | | | |
| **\***Необхідна допомога: | | | | | | | | |
| ☐ | Визначення заходів  підтримки в освіті | | ☐ індивідуальний супровід (заняття в PPP) | | | | ☐ оформлення документів | |
| ☐ консультація що до  труднощей | | | ☐ груповий супровід (групові заняття в PPP) | | | | ☐ спостереження в класі | |
| ***Обрана психологічна та спеціальна педагогічна експертиза буде здійснюватися***  ***в Навчально-діагностичному центрі «STEP» s.r.o. Послуга платна, згідно з діючим прейскурантом.*** | | | | | | | | |
| **\***Причина звернення: | | | | | | | | |
| ☐ труднощі в навчанні | | | ☐ труднощі у вихованні | | | | ☐ оцінка готовності до школи | |
| ☐ професійна орієнтація | | | ☐ оцінка психічного розвитку | | | | ☐ інше: | |
| *ім’я, прізвище:* | |  | | | | *Дата народження:* | |  |
| *адреса проживання:* | |  | | | | | | |
| *школа / садок* | |  | | | | | | |
| *клас:* | |  | | *Повторний рік:* | *1. ступінь* ТАК - НІ | | | *2. ступінь* ТАК - НІ |
| *законний представник::* | |  | | | | *Контактний телефон.:* | |  |
| *e-mail:* | |  | | | | *контакт DS:* | |  |
|  | |  | | | |  | |  |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Сьогодні: |  |  |  | |  |  |  | підпис законного представника або повнолітнього клієнта | | | | | | | | | |
| |  |  | | --- | --- | |  | | | ***Якщо протягом цього або наступного навчального року ви зміните школу, будь ласка, заповніть:*** | | | *Майбутня школа:* |  | | | | | | | | | |
| **Інформація про консультаційну послугу та згоду на надану послугу**  Я був/була заздалегідь проінформований/на про перебіг, курс, обсяг, тривалість, цілі та процедури наданої консультаційної послуги, про користь та всі передбачувані наслідки, які можуть виникнути в результаті наданої послуги.  Мене ознайомили з правами та обов’язками, пов’язаними з наданням консультаційних послуг, включаючи право подати пропозицію для розгляду відповідно до § 16a, абзац 5 Закону про освіту, право вимагати перегляду відповідно до § 16b Закону про освіту, а також право подати ініціативу до Чеської шкільної інспекції відповідно до § 174 абзац 5 Закону про освіту.  Я зрозумів(-ла) надану інформацію, та отримав(-ла) відповіді на свої додаткові запитання. \*ТАК – НІ  *У випадку, якщо консультативна допомога надається неповнолітній дитині.* Неповнолітня дитина була належним чином проінструктована, отримала можливість задавати додаткові питання з оглядом свій вік та інтелектуальну зрілість.  **Я розумію, що рекомендації** шкільного консультаційного центру **також будуть надані дошкільному або шкільному закладу.**  \*Консультант/працівник, який надає інформаційні послуги   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | \*сьогодні |  |  |  | |  |  |  | *\** підпис законного представника або повнолітнього клієнта | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **\* Проєкт висновку експертизи (консультації):**    **\*Проєкт рекомендацій:**  **Термін обробки документів (30 днів) продовжується на необхідний період з причин:** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Інформована згода на висновки експертизи від консультаційної служби, наданої в шкільному навчально-консультаційному закладі (Звіт та проект рекомендації)**  Заявляю, що запропонований зміст консультації, висновку та запропонований зміст рекомендацій щодо виховання учня з особливими освітніми потребами (СОП) були обговорені зі мною **усно**, підтверджую своїм підписом, що я зрозумів їх зміст і характер.  Зі мною обговорювалися кроки, які необхідні для регулювання курсу навчання, включаючи всі запропоновані заходи і передбачувані наслідки, які можуть виникнути в результаті надання консультаційних послуг. Я згоден із зазначенням можливого діагнозу з метою складання рекомендації ŠPS (шкільного консультаційного центру) щодо навчання учня з СОП у школі. | | |
|  | | |
| **\*З висновком та рекомендаціями:** | | |
| ☐ згоден/а | | ☐ не згоден/а |
| ☐ згоден/а з застереженнями: | | |
|  | | |
| **\*\*Письмовий звіт з висновками експертизи та з рекомендаціями, що містять пропозиції щодо коригування освітнього процесу:** | | |
| ☐ не вимагаю | ☐ я заберу особисто | |
| ☐ бажаю отримати звіт експертизи та рекомендації у сповіщенні на datovа schránkа (DS)  та зобов'язуюся повернути до Pedagogicko Psychologická Poradna один підписаний примірник | | |
| ☐ бажаю отримати звіт експертизи та рекомендації на адресу через Пошту Чехії та зобов'язуюся повернути до Pedagogicko Psychologická Poradna один підписаний примірник | | |
|  | | |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | \* Консультант/працівник, який надає інформаційні послуги: | |  |  | | \*Сьогодні: |  |  |  | |  |  |  | *\** підпис законного представника або повнолітнього клієнта | | | |