

# Doporučení školského poradenského zařízení ke vzdělávání dítěte, žáka, studenta se speciálními vzdělávacími potřebami

ŠKOLA<sup>1)</sup>:

| Jméno a příjmení dítěte | Datum narození | Třída/Ročník <sup>1)</sup> |
|-------------------------|----------------|----------------------------|
|                         |                |                            |

## Druh zdravotního postižení :

- |                                            |                                               |
|--------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| 1. Mentální: lehké - středně těžké - těžké | 6. S více vadami <sup>2</sup> - hluchoslepota |
| 2. Sluchové - těžké sluchové               | 7. Vývojové poruchy učení                     |
| 3. Zrakové - těžké zrakové                 | 8. Vývojové poruchy chování                   |
| 4. S vadami řeči - těžké vady řeči         | 9. Autismus                                   |
| 5. Tělesné - těžké tělesné                 |                                               |

## Motorické projevy, komunikační schopnosti, projevy chování, sebeobsluha:

## Doporučení speciálního vzdělávání žáka se zdravotním postižením:

- a) formou individuální integrace
- b) formou skupinové integrace
- c) ve speciální škole<sup>3)</sup>
- d) kombinací forem a) až c)

| Asistent pedagoga: ANO <sup>4)</sup> - NE | Individuální vzdělávací plán: ANO - NE |
|-------------------------------------------|----------------------------------------|
|                                           |                                        |
| Kompenzační, rehabilitační pomůcky:       | Další podpůrná opatření :              |
|                                           |                                        |

<sup>1)</sup> Uvedte údaj aktuální v době vyšetření dítěte/žáka

<sup>2)</sup> Uvedte kterými z bodů 1.-5. a 7.-9.

<sup>3)</sup> Škola samostatně zřízená pro žáky se speciálně vzdělávacími potřebami (ZŠ praktická, ZŠ speciální, včetně OU a prak. škol)

<sup>4)</sup> Uvedte počet hodin přímé pedagogické činnosti

Konzultant IVP (pracovník PPP, SPC)

Platnost do ( měsíc/ rok):

Datum:

Razítko/podpis ředitele (vedoucího) PPP, (SPC):