

INFORMOVANÝ SOUHLAS ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE K PRODLOUŽENÍ PLATNOSTI DOPORUČENÍ KE VZDĚLÁVÁNÍ ŽÁKA S
PODPŮRNÝMI OPATŘENÍMI

Jméno a příjmení dítěte / žáka / studenta

Datum narození

Stupeň PO (vyplní organizace)

Škola

Třída

Důvod evidence (vyplní organizace)

VYHODNOCENÍ POSKYTOVANÝCH PODPŮRNÝCH OPATŘENÍ stanovených v Doporučení pro vzdělávání žáka se speciálními
vzdělávacími potřebami ve škole ze dne Evid.č.: (vyplní organizace)

*Z důvodu prodloužení výše uvedeného Doporučení vás žádáme o spolupráci. Pokud jsou podle vašeho názoru podpůrná
opatření poskytovaná školou přiměřená a účinná vzhledem potřebám vašeho dítěte, tak zaškrtněte ANO. Pokud NE, tak uveďte
svůj požadavek.*

ANO NE (návrh požadavku):

Požaduji pokračování v uplatňování nastavených podpůrných opatření ve vzdělávání svého dítěte v následujícím období:

ANO NE

Prohlašuji, že jsem byl/a srozumitelně informován/a v rámci konzultace se zaměstnancem ŠPZ o závěrech vyhodnocení školy a poradny,
které se týkaly poskytovaných podpůrných opatření mému dítěti.

Vyplnil/a dne Jméno a příjmení zákonného zástupce

Podpis zákonného zástupce