**ŠKOLNÍ** **DOTAZNÍK**

**VYHODNOCENÍ PODPŮRNÝCH OPATŘENÍ**

Vyplňte prosím po roce platnosti a před ukončením platnosti realizovaných PO a zašlete do KPPPB.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Jméno a příjmení:** | | **Datum narození:** |
| **Bytem:** | **PSČ:** | **Platnost doporučení PO do:** |
| **Škola:** | | **Třída:** |
| **Kontakt na TU, VP (jméno, tel., e-mail):** | |  |

**Aktuální situace ve třídě:**

celkový počet žáků: …………………………………………………………………………………………………….

počet žáků ve třídě s podpůrnými opatřeními 2.-5. stupně: …………………………………………………………….

přítomnost asistenta pedagoga ve třídě (úvazek, na období):…………………………………………………………...

* k tomuto žákovi
* k jinému žákovi

přítomnost dalších pedagogických pracovníků ve třídě (úvazek, na období): …………………………………………

přítomnost dalších osob ve třídě (tlumočník, osobní asistent…): …………………………………………………...…

**Žák je zařazen dle §16 odst. 9 do třídy/školy:** ano – ne

**Žák navštěvuje předmět speciálně pedagogické péče (reedukaci):** ano – ne **jak často:**………………………..

* individuálně
* skupinově, počet žáků ve skupině …………………………………………………………………………...

**Škola poskytuje pedagogickou intervenci:** ano – ne

jaké předměty a jak často:……………………………………………………………………………………………….

**IVP:** ano – ne **Pozn.: vyjádření ZZ/zl. klienta – viz 2.strana/list**

**IVP je vypracován pro předměty:**…………………………………………………………………………………….

**PO (IVP, SPP, AP a další) jsou naplňována:**

* v kompletním doporučeném rozsahu
* s drobnými změnami zapracovanými v průběhu roku:

…………………………………………………………………………………………………………………

* se zásadními změnami (na základě nově zjištěných skutečností či potřeb dítěte):

…………………………………………………………………………………………………………………

Která vzdělávací opatření se v rámci nastavených PO neosvědčila, v čem již nepokračovat:

…………………………………………………………………………………………………………………

Která vzdělávací opatření navrhujete změnit či doplnit:

………………………………………………....................................................................................................

**Zhodnocení kvality spolupráce rodičů a žáka/studenta při naplňování PO:**

…………………………………………………………………………………………………………………………..

**Speciální vzdělávací potřeby žáka se jeví být:**

zlepšeny výrazně – zlepšeny mírně – neměnné – zhoršeny mírně – zhoršeny výrazně

V jakých konkrétních oblastech byly zachyceny výše uvedené posuny?

………………………………………………………………………………………………………................

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

**Vzdělávání s nastavenými PO pro žáka/studenta do dalšího období považujeme za:**

* odpovídající
* navrhujeme změny (vypište, včetně zohlednění podnětů od rodičů):…………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

**Které otázky z pohledu pedagogů by mělo zodpovědět nové vyšetření v KPPPB, na co by se měla zaměřit diagnostika či poradenská intervence:**

…………………………………………………………………………... ……………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………………………………..

**Doplňující důležitá sdělení:**

…………………………………………………………………………………………………………………………..

Datum:

Vyhodnocení provedli: za školu (jméno, fce, podpis):

za KPPPB:

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Pouze k žákům s IVP**

**Vyjádření zákonných zástupců / zletilého klienta k plnění IVP**

**IVP vyhovuje / nevyhovuje** speciálním vzdělávacím potřebám (SVP).

(Zohledněte, zda práce probíhala dle stanovených pravidel, došlo ke zmírnění či zhoršení obtíží, konzultace se konaly v pravidelných intervalech či se nekonaly vůbec apod….)

**Nežádám (tj. IVP vyhovuje SVP) / Žádám (tj. IVP nevyhovuje SVP) KPPP Brno** o poradenskou službu (konzultaci, kontrolní vyšetření).

Datum:

Jméno a podpis zákonného zástupce / zletilého klienta: