



## ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ PORADENSKÉ SLUŽBY

Vyšetření žádá (u nezletilého klienta uveďte jméno a příjmení zákonného zástupce):

Jméno a příjmení zákonného zástupce \_\_\_\_\_

Jméno a příjmení klienta \_\_\_\_\_

Datum narození klienta \_\_\_\_\_

Bydliště klienta \_\_\_\_\_

Email zákonného zástupce \_\_\_\_\_

Telefon zákonného zástupce \_\_\_\_\_

ID DS \_\_\_\_\_

Škola:  MŠ  ZŠ  SŠ \_\_\_\_\_

Adresa školy: \_\_\_\_\_

Třída/Zápis: \_\_\_\_\_

Důvod vyšetření  řečové obtíže  zrakové obtíže

Upřesněte:

- posouzení stavu řeči/zraku
- doporučení k nástupu do speciální MŠ/ZŠ
- vyšetření školní zralosti/profesionální orientace
- uzpůsobení podmínek přijímacího řízení na SŠ
- doporučení k průběhu studia na SŠ/SOU
- uzpůsobení podmínek Státní maturitní zkoušky
- kontrolní vyšetření
- terapie/reedukace
- depistáž
- jiné (uveďte)

Byl klient vyšetřen v jiném SPC/PPP (uveďte název zařízení, důvod a datum posledního vyšetření)

Klient je dále v péči (uveďte jméno odborníka):

klinického logopeda \_\_\_\_\_

ORL/foniatra \_\_\_\_\_

klinického psychologa \_\_\_\_\_

psychiatra \_\_\_\_\_

oční ambulance \_\_\_\_\_

zrakového terapeuta \_\_\_\_\_

Společnosti pro ranou péči \_\_\_\_\_

jiného odborníka \_\_\_\_\_

**POKUD JE KLIENT VEDEN V ODBORNÉ/LÉKAŘSKÉ PÉČI,  
JE NUTNÉ DOLOŽIT KOPII AKTUÁLNÍ ZPRÁVY K TÉTO ŽÁDOSTI**

Je klient v péči v některé z těchto organizací:

Tyfloservis \_\_\_\_\_

Tyflocentrum \_\_\_\_\_

Kafira \_\_\_\_\_

V případě **řečových obtíží** vyberte:

vyslovuje nesprávně některé hlásky (uved'te které)

\_\_\_\_\_  
 má problém ve vyjadřování (uved'te jaký)

\_\_\_\_\_  
 má výukové obtíže (uved'te jaké)

\_\_\_\_\_  
 jiné (uved'te)

\_\_\_\_\_  
V případě **zrakových obtíží** uved'te jejich charakter (jak se zrakové obtíže projevují):

\_\_\_\_\_  
V případě, že klient navštěvuje školské zařízení, souhlasím se zasláním dotazníku MŠ/ZŠ/SSŠ:

ANO

NE

Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Podpis zákonného zástupce

hodící se označte