Vážení rodiče/ zákonní zástupci/zletilí žáci, prosíme Vás o vyplnění tohoto dokumentu. Je určen výhradně pro potřeby SPC. Osobní a citlivé údaje zde uvedené poskytujete dobrovolně a jste oprávněni je odmítnout poskytnout, což může mít za důsledek nemožnost vytvoření optimálních podmínek pro přiměřené vzdělávání dítěte/žáka.

**Žádost o poskytnutí poradenských služeb**

**Jméno a příjmení klienta: ……………………………………………………………………………………………….**

**Datum narození: ……………………………………………………………………………………………….**

**Adresa trvalého bydliště: ……………………………………………………………………………………………….**

**Škola, ročník: ……………………………………………………………………………………………….**

**Jméno a příjmení zákonného zástupce: ………………………………………………………………………………**

**Telefon: ……………………………………………………………………………………………….**

**Vyšetření doporučuje** (např. lékař, ZŠ…) **………………………………………………………………………………**

**Předchozí péče SPC/PPP** (název zařízení, důvod a datum posledního vyšetření**)…………………….**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**Důvod vyšetření, popř. stručný popis problému: ..………………..………………………………………………………………………………………………….....……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………**

**Druh poradenské služby** *(zakřížkujte)***:**  **Vstupní vyšetření**  **Kontrolní vyšetření**

**Zpráva ŠPZ bude předána:**

poštou

osobně

mailem/datovou schránkou \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Zákonný zástupce/zletilý klient souhlasí s poskytnutím poradenských služeb po celou dobu evidence klienta v SPC DAKOL.

V ……………………………… dne………………….. ………………………………………………………………

Podpis zákonného zástupce/zletilého klienta