**Vyhodnocení podpůrných opatření 2.- 5. stupně zaměřených na pomoc žákovi a jejich úspěšnost** (vyplní škola)

|  |  |
| --- | --- |
| Příjmení a jméno žáka: |  |
| Datum narození: |  |
| Škola, třída: |  |

Žák s podpůrným opatřením Zvolte položku. stupně, platnost Doporučení ŠPZ do Klikněte sem a zadejte text.

Žák zařazený ve škole / třídě dle § 16 odst. 9 ŠZ

**IVP:** Klikněte sem a zadejte text – pro jaké předměty je IVP poskytován.

osvědčuje se a chceme podle něj pracovati nadále

již se nám nejeví jako nutný, přístup postačí popsat v Doporučení ŠPZ

**Využití školního psychologa/ speciálního pedagoga, dalšího pedagogického pracovníka, příp. dalších osob**: Klikněte sem a zadejte text.

**Využití přiděleného asistenta pedagoga:** Klikněte sem a zadejte text, uveďte počet hodin

Podpora asistentem pedagoga se

osvědčuje a chceme v ní pokračovat stejným způsobem

neosvědčuje a navrhujeme následující změnu: Klikněte sem a zadejte text.

**Další** *(upřesněte)*:

**Shrnutí:**

**Pokračovat v poskytování PO**

ano, osvědčují a chceme v ní pokračovat stejným způsobem

ano, ale navrhujeme změnu: Klikněte sem a zadejte text.

ne, již nejsou třeba, obtíže jsou kompenzovány

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Datum: |  | Vyhodnocení provedli za PPP: |  |
|  | | za školu: |  |

**Vyjádření zákonných zástupců k plnění PO**

PO **vyhovují/ nevyhovují** speciálním vzdělávacím potřebám (SVP) žáka

(např. práce probíhala dle stanovených pravidel, došlo ke zmírnění, zhoršení obtíží, konzultace se konala v pravidelných intervalech, apod.)

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
|  | |
|  | |
| **Nežádám** o kontrolní vyšetření. | |
| **Žádám** o kontrolní vyšetření.Kontaktovat mě lze prostřednictvím tel.: |  |
| mailu: |  |

Jméno a podpis zákonného zástupce/zletilého klienta:

Datum:

**Za pečlivé vyplnění Vám všem velmi děkujeme!**