



## Sdělení rodičů

Vyberte konkrétní pracoviště, zpravidla dle bydliště, na kterém bude poskytována poradenská služba:

<input type="checkbox"/>	Plzeň-město	<input type="checkbox"/>	Plzeň-sever	<input type="checkbox"/>	Plzeň-jih
<input type="checkbox"/>	Domažlice	<input type="checkbox"/>	Klatovy	<input type="checkbox"/>	Rokycany
		<input type="checkbox"/>	Tachov		

Kontakty na jednotlivá pracoviště najdete na [www.pepor-plzen.cz](http://www.pepor-plzen.cz).

Jméno a příjmení

dítěte/zletilého klienta: \_\_\_\_\_ Datum narození: \_\_\_\_\_

Vážení rodiče, zletilý kliente,

Vašemu dítěti bude v našem zařízení poskytnuta odborná poradenská služba. K tomu potřebujeme i Vaši spolupráci. Žádáme vás o pozorné přečtení a pravdivé vyplnění následujícího dotazníku. Dotazník vyplňte ve všech rubrikách.

V případě provedení vyšetření, bude školské poradenské zařízení postupovat podle novely školského zákona č. 82/2015 Sb., ve znění dalších změn, podle §16, 16a odst. 3 a 4, 17, 28, 116 a podle vyhlášky č. 27/2016 Sb., ve znění pozdějších změn, § 11, 12, 13, 14, 15. Zpráva a doporučení bude poskytnuta tomu, komu je poskytována poradenská pomoc. Při vydání zprávy a doporučení je zákonný zástupce nebo zletilý klient informován o jejich obsahu.

**Poučení zákonných zástupců/zletilého klienta podle vyhlášky č. 72/2005 Sb. ve znění pozdějších změn v novele vyhlášky č. 197 Sb., ve znění pozdějších změn, vyhlášky č. 27/2016 Sb. ve znění pozdějších změn:**

1. Na základě souhlasu zákonného zástupce či zletilého klienta poskytují odborní pracovníci poradenského zařízení: konzultační, nápravnou, metodickou či terapeutickou péči a doporučují součinnost s dalšími odbornými pracovišti. V případě potřeby provádí také vyšetření dítěte, žáka a studenta za účelem nastavení podpůrných opatření **psychologem** (sledují se např. rozumové schopnosti, znalosti, dovednosti, styl učení, vlastnosti osobnosti, vhodnost budoucí volby povolání) a **speciálním pedagogem** (zjišťuje především úroveň čtenářských, písemných a matematických dovedností).
2. **Časový rozsah** odpovídá povaze potřebné poradenské služby přibližně asi 1-5 hodin (podle povahy obtíží může proběhnout pouze psychologické nebo speciálně pedagogické vyšetření, anebo obě dvě, jak psychologické, tak speciálně pedagogické vyšetření).
3. **Cílem je odpovědět, co by mohlo přispět k tomu, aby se obtíže, které jsou důvodem poradenské služby, zmírnily nebo pominuly.** Na základě výsledků poradenské služby poradenští pracovníci doporučí vhodné nápravné postupy či vyplývající podpůrná opatření.
4. Je nutné upozornit na **riziko**, které se může projevit v případě prodlevy nebo nedodržení doporučení. Poskytnutá služba může klientovi přinést nevýhody zejména v případě, že výsledky odborných zjištění budou v rozporu s očekáváním klienta nebo jeho zákonného



zástupce, nebo v případě, že se odborní pracovníci hodnověrným způsobem dozvědí, že je páchan nebo připravován trestný čin (tzv. ohlašovací povinnost).

5. **Prospěch z poskytnuté poradenské služby** můžeme očekávat po odhalení příčiny a povahy obtíží spolu s následným doporučením vhodného způsobu klientova dalšího vzdělávání nebo výchovy. Ke zmírnění nebo odstranění projevu potíží klienta může napomoci také vedení odborným zaměstnancem.
6. Před poskytnutím poradenské služby zákonný zástupce nebo zletilý klient podepíše informovaný souhlas s poskytováním poradenské služby, který je platný po dobu poskytování poradenské služby. O poskytovaných službách je vedena dokumentace tak, aby klient neutrpěl újmu na svých právech a byl chráněn před neoprávněným zásahem do jeho soukromého a osobního života.
7. Rodič má právo požádat kdykoliv o poskytnutí poradenské služby znovu, právo na projednání podle §16 a odst. 5 školského zákona, právo žádat o revizi podle §16b školského zákona a právo podat podnět ČŠI podle §174 odst. 5 školského zákona.
8. Pokud bude výsledkem poradenské služby diagnostika, vypracuje odborný pracovník podle vyhlášky č. 27/2016 Sb., ve znění pozdějších novel, zprávu a doporučení.
9. **Zprávu z vyšetření a Doporučení ŠPZ** obdrží rodič do vlastních rukou, ve formě celkové „Zprávy“ a „Doporučení pro školu“. Předání a lhůty se řídí vyhláškou č. 27/2016 Sb., ve znění pozdějších změn. Lhůta se prodlužuje o dobu nezbytnou k obstarání podstatných skutečností pro stanovení podpůrných opatření. Poradenští pracovníci se řídí vyhláškou č. 27/2016 Sb., ve znění pozdějších změn.
10. Vaše sdělení považujeme za naprosto důvěrné, určené pouze pro naše vnitřní účely. Veškeré poskytnuté osobní údaje budou zpracovány na základě zákona č. 82/2015 Sb. a vyhlášky č. 27/2016 Sb. S údaji bude pracovat pouze pověřený pracovník Pedagogicko-psychologické poradny a nebudou poskytnuty třetí osobě vyjma závěrečného doporučení, které bude předáno školskému zařízení a identifikačních údajů nutných pro kontakt se školou. Další informace ohledně ochrany osobních údajů včetně kontaktů, na které se lze obrátit pro případné uplatnění svých práv naleznete na webových stránkách [www.pepor-plzen.cz](http://www.pepor-plzen.cz).
11. Po dohodě s odborným pracovníkem může být vyšetření realizováno přímo ve škole v případě souhlasu zákonného zástupce. Toto řešení musí být v souladu se zájmem dítěte a musí být zajištěny podmínky vhodné pro vyšetření.

Pokud se nemůžete k plánovanému vyšetření dostavit, žádáme o včasné sdělení, abychom mohli pozvat jiného zájemce.

Platnost závěrů bude vždy uvedena v doporučení.

Děkujeme Vám za spolupráci.

PhDr. Irena Příkazská  
Ředitelka



## 1. ZÁKLADNÍ INFORMACE O RODINĚ

*U naznačených odpovědí stačí zakřížkovat rámeček u správné odpovědi/i.*

### Otec

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_

Bydliště: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Emailová adresa: \_\_\_\_\_

### Matka

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_

Bydliště: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Emailová adresa: \_\_\_\_\_

Jakým jazykem doma hovoříte: \_\_\_\_\_

Rodina je úplná:  ano  ne

Střídavá péče:  ano  ne

V případě střídavé péče zprávu obdrží:

matka  otec jiný zákonný zástupce: \_\_\_\_\_

Pěstounská péče:  ano  ne

*Pokud ano, doložte kopii rozhodnutí soudu o svěřeni dítěte do péče.*

Dítě v péči:  matka  otec jiný zákonný zástupce: \_\_\_\_\_

### Nevlastní rodič, pěstoun

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Emailová adresa: \_\_\_\_\_

## 2. DŮVOD NÁVŠTĚVY PORADENSKÉHO ZAŘÍZENÍ

Jaký je důvod návštěvy: \_\_\_\_\_

Na čí podnět:  rodičů  školy jiných (koho): \_\_\_\_\_

Popište problémy dítěte, žáka, studenta doma: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Popište problémy dítěte, žáka, studenta ve škole, školském zařízení: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Popište, jaké má přednosti, v čem je šikovné: \_\_\_\_\_

---

---

### 3. ZÁKLADNÍ INFORMACE TĚHOTENSTVÍ A RANÉM VÝVOJI DÍTĚTE

Údaje o těhotenství a raném vývoji vyplňujte pouze při první návštěvě.

Těhotenství:  normální  rizikové **Měla matka obtíže:**  ano  ne

Jaké (např.: zvracení, krvácení, nevolnosti, nemoci – jaké, v kolikátém měsíci): \_\_\_\_\_

---

Dítě:  donošeno  nedonošeno  přenošeno

Porod:  normální  s problémy **Jaké problémy:** \_\_\_\_\_

---

V jakém měsíci těhotenství došlo k porodu: \_\_\_\_\_

Bylo dítě po narození kříšeno:  ano  ne

Mělo dítě po narození novorozeneckou žloutenku:  ano  ne

Mělo dítě po narození zdravotní obtíže:  ano  ne

Pokud ano, jaké: \_\_\_\_\_

---

Bylo dítě kojeno:	<input type="checkbox"/>	ano	<input type="checkbox"/>	ne
Pokud ano, do		měsíce.		

Dítě začalo:

sedět v \_\_\_\_\_ měsíci.

mluvit slůvky v \_\_\_\_\_ měsíci.

lézt v \_\_\_\_\_ měsíci.

mluvit větami v \_\_\_\_\_ měsíci.

chodit v \_\_\_\_\_ měsíci.

Tělesnou čistotu začalo zachovávat v \_\_\_\_\_ letech.

Nyní se:  pomočuje v noci  pomočuje ve dne  nepomočuje se



#### 4. ZÁKLADNÍ INFORMACE O DÍTĚTI

Dosud se u dítěte vyskytly tyto nemoci, např.:

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> spalničky       | <input type="checkbox"/> kopřivky           | <input type="checkbox"/> zánět středouší      |
| <input type="checkbox"/> zarděnky        | <input type="checkbox"/> angíny             | <input type="checkbox"/> úraz hlavy           |
| <input type="checkbox"/> plané neštovice | <input type="checkbox"/> střevní onemocnění | <input type="checkbox"/> zánět mozkových blan |
| <input type="checkbox"/> příušnice       | <input type="checkbox"/> spála              | <input type="checkbox"/> jiné                 |

Pokud jiné, jaké: \_\_\_\_\_

Bylo dítě vážněji nemocné:  ano  ne

Pokud ano, o jakou nemoc se jednalo: \_\_\_\_\_

Bylo dítě hospitalizováno:  ano  ne

Pokud ano, v kolika letech, jak dlouho a důvod hospitalizace: \_\_\_\_\_

Je dítě v péči nějakého odborníka? (např. psychologa, psychiatra, foniatra, neurologa, logopeda aj.):  ano  ne

Pokud ano, jakého: \_\_\_\_\_

*Příložené kopie odborných zpráv uveďte v přílohách.*

Poruchy smyslových orgánů:  krátkozrakost  dalekozrakost  nedoslýchavost

Používání kompenzačních pomůcek  
(např. brýle, naslouchátko): \_\_\_\_\_

Bylo dítě již psychologicky nebo speciálně pedagogicky vyšetřováno:  ano  ne

Pokud ano, kdy a kde: \_\_\_\_\_

*Příložené kopie odborných zpráv uveďte v přílohách.*

Vyskytují se obtíže zdravotního, výukového či výchovného charakteru i u ostatních členů rodiny:

---

---

---



**Hrubá motorika** (obratnost, ovládnání a držení těla, koordinace horních a dolních končetin - např. skákání, jízda na kole, bruslích, lyžích, skok přes švihadlo, hry s míčem atp.):

obratný       neobratný

**V čem:** \_\_\_\_\_

**Jemná motorika** (motorika prstů a artikulačních orgánů - např. stavění z kostek, artikulační neobratnost, navlékání korálků, stříhání, lepení, manipulace s drobnými předměty):

obratný       neobratný

**V čem:** \_\_\_\_\_

**Při práci a kreslení dává přednost:**

pravé ruce       levé ruce       střídá obě ruce

**V rodině se vyskytuje/vyskytoval levák:**

ano       ne

**Pokud ano, kdo:** \_\_\_\_\_

**U dítěte se vyskytují:**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> bolesti hlavy           | <input type="checkbox"/> záškoláctví             | <input type="checkbox"/> nesoustředěnost        |
| <input type="checkbox"/> poruchy spánku          | <input type="checkbox"/> vyvolávání konfliktů    | <input type="checkbox"/> nervozita              |
| <input type="checkbox"/> poruchy příjmu potravy  | <input type="checkbox"/> vzdor a odmítání        | <input type="checkbox"/> úzkost a nejistota     |
| <input type="checkbox"/> poruchy řeči            | <input type="checkbox"/> výbuchy zlosti          | <input type="checkbox"/> bojácnost a plachost   |
| <input type="checkbox"/> obtíže při výslovnosti  | <input type="checkbox"/> agresivita a rvačky     | <input type="checkbox"/> pomalost, unavitelnost |
| <input type="checkbox"/> špatná větná skladba    | <input type="checkbox"/> ničení věcí             | <input type="checkbox"/> nepořádnost            |
| <input type="checkbox"/> užívá nesprávných tvarů | <input type="checkbox"/> neposlušnost            | <input type="checkbox"/> nezručnost             |
| <input type="checkbox"/> malá slovní zásoba      | <input type="checkbox"/> špatně navazuje kontakt | <input type="checkbox"/> neobratnost            |
| <input type="checkbox"/> koktání                 | <input type="checkbox"/> stranění dětí           |   |
| <input type="checkbox"/> sexuální poruchy        | <input type="checkbox"/> šaškování               |   |
| <input type="checkbox"/> zcizování věcí          | <input type="checkbox"/> nápadná živost          |   |
| <input type="checkbox"/> klamání a lhaní         | <input type="checkbox"/> neklid                  |   |

**Jiné:** \_\_\_\_\_

**Navštěvovalo/navštěvuje dítě MŠ:**       ano       ne

**Od kolika let:** \_\_\_\_\_

**Mělo/má dítě odklad školní docházky:**       ano       ne

**V roce:** \_\_\_\_\_

**Navštěvovalo dítě přípravný ročník:**       ano       ne



Dochází klient do zájmové organizace mimo školu:

Dům dětí a mládeže:  ano  ne

Základní umělecká škola:  ano  ne

Jiné: \_\_\_\_\_

Následující část formuláře vyplňte pouze v případě, že dítě nenavštěvuje mateřskou školu.  
Pokud dítě mateřskou školu navštěvuje, pokračujte vyplňováním části V. Závěr.

Dochází klient v rámci školy do:

Školní družiny:  ano  ne

Kroužku:  ano  ne

Denně se průměrně učí asi \_\_\_\_\_ minut.

Učí se:  pravidelně  nepravidelně  pouze někdy  vůbec

Učí se sám:  ano  ne Při učení mu pomáhá: \_\_\_\_\_

Vztah k učení:  bez připomínek  potřebuje občasný dohled  potřebuje stálý dohled

## 5. ZÁVĚR

Beru na vědomí, že pokud bude výstupem poradenské služby doporučení podpůrných opatření pro děti, žáky, studenty se speciálními vzdělávacími potřebami 1. až 5. stupně, doporučení bude zasláno vždy škole, školskému zařízení.

**V případě neúplného vyplnění tohoto dotazníku beru na vědomí, že nelze dostatečně kvalitně realizovat další poradenskou službu, pokud nebyla žadatelem poskytnuta potřebná součinnost k naplnění účelu poradenské služby dle vyhlášky č. 72/2005 Sb. ve znění pozdějších novel, vyhlášky č. 27/2016 Sb., ve znění pozdějších novel.**

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_

Podpis zákonného zástupce /  
zletilého klienta

Pro další sdělení využijte příloh.

Název přílohy	Počet stran