



## Vyhodnocení nastavených podpůrných opatření

Jméno a příjmení dítěte/žáka:		Datum narození:
Název školy/ŠZ:	Třída:	Vyhodnocení zpracoval/-a: <input type="checkbox"/> TU <input type="checkbox"/> š. spec. ped. <input type="checkbox"/> š. psych. <input type="checkbox"/> řed. školy <input type="checkbox"/> VP <input type="checkbox"/> MP <input type="checkbox"/> jiné (upřesněte)
Doporučení ŠPZ pro vzdělávání žáka se SVP ve škole – č. j.:		

1. Popište, zda současná PO v Doporučení ŠPZ jsou dle názoru školy vyhovující:  
(Případně doplňte informace, které metody a postupy se osvědčily, co se podařilo zlepšit, atp.)

Podpůrné opatření	Vyhovuje?	V případě, že PO nevyhovuje, uveďte poznatky k realizaci PO, návrh školy na jiné PO
METODY VÝUKY	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> nebylo doporučeno	
ÚPRAVY OBSAHU	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> nebylo doporučeno	
ÚPRAVY VÝSTUPŮ	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> nebylo doporučeno	
ORGANIZACE VÝUKY	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> nebylo doporučeno	
HODNOCENÍ ŽÁKA	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> nebylo doporučeno	
PŘEDMĚT SPEC. PED. PÉČE	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> nebylo doporučeno	
PEDAGOGICKÁ INTERVENCE	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> nebylo doporučeno	
IVP	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> nebylo doporučeno	
UZPŮSOBENÍ FOREM KOMUNIKACE	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> nebylo doporučeno	

Podpůrné opatření	Vyhovuje?	V případě, že PO nevyhovuje, uveďte poznatky k realizaci PO, návrh školy na jiné PO
ASISTENT PEDAGOGA	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> nebylo doporučeno	
DALŠÍ PED. PRACOVNÍK	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> nebylo doporučeno	
ŠKOLNÍ SPEC. PEDAGOG	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> nebylo doporučeno	
ŠKOLNÍ PSYCHOLOG	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> nebylo doporučeno	
POMŮCKY	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> nebylo doporučeno	
PODPŮRNÁ OPATŘENÍ JINÉHO DRUHU	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> nebylo doporučeno	

2. Návrh PO z pohledu školy pro další období:

pokračovat v nastavených PO  úprava vydaného doporučení

nastavení PO vzhledem k potřebám dítěte/žáka nejsou pro další vzdělávání potřebná

Pokud přiznaná PO z Vašeho pohledu nevyhovují, doplňte návrhy možného řešení podle názoru školy do tabulky výše.

3. Pokud má žák **IVP** – zhodnoťte z pohledu školy:

(Případně uveďte i přístup rodiny k poskytované péči - účast na konzultacích, apod./přístup žáka k poskytované péči,...).

V.....dne.....

.....  
podpis zpracovatele, razítko školy

### Vyjádření Školského poradenského zařízení (ŠPZ):

Zhodnocení „Doporučení ŠPZ pro vzdělávání žáka se SVP ve škole“ – návrh opatření:

pokračovat v nastavených PO = doporučení zůstává nadále v platnosti beze změn

úprava vydaného doporučení

rediagnostika

ukončení nastavených PO

.....  
podpis pracovníka ŠPZ