**Žádost o poskytnutí poradenských služeb pracovníkem SPC logopedického při PPP a SPC Olomouckého kraje, Studentská 1095, Hranice 753 01**

Žádám o poskytnutí poradenských služeb pro mého syna/mou dceru:

Jméno a příjmení: …………………………………...………………………………….……………...

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

Kmenová škola, třída: ………….………………………………………………………………………

Jména zákonných zástupců: ………….…………………………….…………….………………….

Adresa bydliště + PSČ: …………………….………………………………………………………….

Telefon1: …………………………………….….. Telefon 2: …………………………………….…..

E-mail: ………………………………………………………………………………………………...…

**Druh poradenské služby**

* Vstupní vyšetření
* Kontrolní vyšetření
* Konzultace se zákonným zástupcem
* Kariérové poradenství
* Metodická činnost pro pedagogy (tvorba IVP, metodická podpora při vzdělávání)
* Vyšetření školní zralosti
* Zařazení do logopedické péče

Specifikace obtíží: ……………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………

Vyšetření na jiném poradenském pracovišti: ………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………

Datum podání žádosti: ………………………….… Žádá: …………………………………………..

**Souhlasím se shromažďováním a zpracováváním osobních údajů podle nařízení GDPR a zákona č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů, v rozsahu zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), dle vyhlášky č. 147/2011 Sb., o vzdělání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných, a dle vyhlášky č. 116/2011 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských zařízeních.**

Datum: ……………………… Podpis zákonného zástupce: ……………………...………………..