**VYHODNOCENÍ PODPŮRNÝCH OPATŘENÍ**

|  |  |
| --- | --- |
| Jméno a příjmení žáka: | Datum narození: |
| Název školy/ŠZ: | Třída: | Vyhodnocení zpracoval/la: [ ]  TU [ ]  š. spec. ped. [ ]  š. psych. [ ]  řed. školy [ ]  VP [ ]  MP [ ]  jiné (upřesněte) |
| Doporučení ŠPZ pro vzdělávání žáka se SVP ve škole č. j.: |

1. Popište, zda současná PO jsou dle názoru školy vyhovující:

 *(Případně doplňte informaci - které metody a postupy se osvědčily, co se podařilo zlepšit atd.)*:

1. Návrh PO z pohledu školy pro další období:

[ ]  pokračovat v nastavených PO [ ]  úprava vydaného doporučení

Pokud přiznaná PO z vašeho pohledu již nevyhovuje, doplňte návrhy možného řešení z pohledu školy:

1. Pokud žák využívá AP – zhodnoťte zda rozsah hodin doporučeného PO odpovídá potřebám žáka:
2. Pokud má žák IVP – zhodnoťte z pohledu školy:

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

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

 podpis zpracovatele, razítko školy

**VYJÁDŘENÍ ŠPZ**

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

[ ]  pokračovat v nastavených PO (doporučení zůstává v platnosti beze změn):

[ ]  úprava vydaného doporučení

[ ]  rediagnostika

 ………………………………………….

 podpis pracovníka ŠPZ