

Informovaný souhlas s vyšetřením konaným dne.....

V souladu s vyhláškou č. 72/2005 Sb., v platném znění

- **Účel vyšetření** : provedení speciálně pedagogického, psychologického vyšetření, případně anamnestický rozhovor. Po ukončení vyšetření bude zpracována zpráva s doporučením k dalšímu vzdělávání, která bude předána osobně nebo zaslána doporučeně poštou zákonnému zástupci dítěte.
- **Povaha (rozsah) vyšetření** : dítě/žák bude vyšetřeno pracovníkem SPC se zaměřením na konkrétní situaci. Může se jednat o vyšetření rozumových schopností, vnímání, paměti, vnějších projevů, školních znalostí a vědomostí, motoriky, komunikační zralosti a dovednosti. Může jít o logopedické vyšetření úrovně verbálního projevu nebo o jakékoliv vyšetření, které je v kompetenci poradenského zařízení a které je důležité pro řešení situace.
- **Doba trvání vyšetření** : je určena povahou vyšetření, možností práce s dítětem/žákem a podle jeho pracovního tempa. Vzhledem k situaci je možné vyšetření rozložit do několika dnů.
- **Celková diagnostika dítěte/žáka/studenta může být dokončena nejdéle do 90 dnů od zavedení do poradenské péče!**
- **Cíl vyšetření** : prevence a řešení výukových a výchovných obtíží, zmírňování důsledků zdravotního postižení, rozvoj osobnosti, schopností, dovedností a zájmů, naplňování vzdělávacích potřeb, vytváření vhodných podmínek, forem a způsobů integrace žáků se zdravotním postižením, doporučení dalšího vzdělávání atd.
- **Provedení kontrolního vyšetření** : před ukončením platnosti doporučení se zákonní zástupci dítěte/ žáka obrátí na poradenské zařízení žáka s žádostí o kontrolního vyšetření. To je následně prováděno na žádost nebo se souhlasem zákonného zástupce či zletilého klienta dle vyhlášky č. 72/2005 Sb., ve znění vyhlášky č. 197/2016 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních.
- **Alternativy** : konzultace na jiném pracovišti (školském poradenském zařízení).

Možné důsledky při neudělení souhlasu s vyšetřením : při nesouhlasu zákonného zástupce s vyšetřením dítěte/žáka není možné vytvořit optimální podmínky pro jeho přiměřené vzdělávání (např. vytvoření IVP, individuální či skupinová integrace, přítomnost pg. asistenta atd., ve školách a školských zařízeních, potom bude postupováno dle platných předpisů).

Potvrzuji, že v souladu se zněním vyhlášky č. 72/2005 Sb., ve znění vyhlášky č. 197/2016 Sb., jsem byl/a poučen/a o obsahu a rozsahu služeb SPC a rozumím jim. Jsem si vědom/a rizik vyplývajících z neudělení souhlasu s vyšetřením. Měl/a jsem možnost klást otázky a zvážit podané odpovědi.

Jméno a příjmení zákonného zástupce, žáka, vztah k nezletilému

Adresa trvalého bydliště, kontakt.....

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

Jméno žáka.....

Podpis zákonného zástupce.....