**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