**Speciálně pedagogické centrum pro děti a mládež s vadami řeči se
zaměřením na augmentativní a alternativní komunikaci s.r.o**

**(Специальный педагогический центр для детей и подростков с нарушениями речи с акцентом на аугментативную и альтернативную коммуникацию), Йивенска 7, 140 00 Прага 4**



**ЗАПРОС на предоставление консультационной услуги
ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ 1 на условия предоставления данной услуги, а также на обработку и хранение персональных данных в школьном консультационном центре**

**Законный представитель**

Титул, имя и фамилия: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Контакт телефон:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Я запрашиваю предоставление консультационной услуги в центре SPC/школе для:**

Имя и фамилия:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес проживания:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес детского сада/начальной школы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Год обучения \_\_\_\_\_\_\_\_ Имя и фамилия контактного лица в школе: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата записи на обследование: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Причина запроса:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Я заявляю**, что мне была заранее четко и однозначно предоставлена:

(a) вся основная информация о предоставляемой консультационной услуге, в частности, о процессе, объеме, продолжительности, целях и процедурах предоставляемой консультационной услуги,

(b) информация об ожидаемой пользе и любых прогнозируемых последствиях, которые могут возникнуть в результате предоставления консультационных услуг,

c) информация о правах и обязанностях, связанных с предоставлением консультационных услуг, включая право в любое время потребовать повторного предоставления консультационных услуг, право подать предложение о рассмотрении в соответствии с § 16a(5) Закона об образовании, право потребовать пересмотра в соответствии с § 16b Закона об образовании, а также право подать жалобу в Чешскую школьную инспекцию в соответствии с § 174(5) Закона об образовании.

d) информация о сборе и хранении персональных и конфиденциальных данных.

У меня была возможность задать дополнительные вопросы, на которые консультант предоставил мне ответы: a) ДА b) НЕТ

Если консультационные услуги должны быть предоставлены несовершеннолетнему ребенку, он должен быть надлежащим образом проинформирован и ему должна быть предоставлена возможность задать дополнительные вопросы с учетом его возраста и интеллектуальной зрелости.

**Я согласен/на с обследованием в SPC (в школе). Я принимаю во внимание**,что **рекомендации** школьного консультационного центра **будут также переданы школе, школьному учреждению или школьному консультационному центру, с которым я сотрудничаю**. *Я заявляю, что предоставил/а правильную и полную информацию и что я был/а проинформирована о своих правах в соответствии с действующими правилами защиты данных.* ***Я подтверждаю, что по прибытии в SPC сопровождающий ребенка несет ответственность за безопасность ребенка до момента его передачи одному из педагогов.***

Разъяснение провела: Луция Лаудова \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись законного представителя:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ 2 с заключением обследования, проведенного в рамках консультационной услуги в школьным консультационном центре (отчет и предложение рекомендаций)**

**Заключение по оказанной консультационной услуге:**

**Я заявляю**, что был/а подробно и понятно проинформирован/а о ходе и результатах предоставления консультационных услуг и любых рекомендуемых мерах поддержки, в частности:

1. со мной обсудили в устной форме предлагаемое содержание отчета
2. со мной обсудили в устной форме предлагаемое содержание рекомендаций по обучению ребенка, ученика или студента с особыми образовательными потребностями,
3. я понял/поняла их содержание и природу,
4. со мной обсудили возможные альтернативы предложения, которые необходимы для коррекции процесса обучения, включая любые предлагаемые меры и прогнозируемые последствия, которые могут возникнуть в результате предоставления консультационных услуг.

Письменный отчет о проведении обследования и рекомендации, содержащие предложения по коррекции образования:

a) я заберу лично в центре SPC в течение срока, указанного в §13(3) Постановления 27/2016 Сб.

b) я не могу лично забрать отчет по серьезным причинам, и прошу, чтобы письменный отчет о проведении обследования и рекомендации, содержащие предложения по коррекции образования, были отправлены

1. по почте на мой (указанный) адрес проживания

2. в ящик данных, адрес я.д:

2. по электронной почте - с паролем / без пароля

После ознакомления с содержанием отправленного **Отчета и Рекомендаций** я обращусь в SPC лично или по телефону, по электронной почте с просьбой о личной консультации по Отчету и Рекомендациям не позднее 5 рабочих дней с даты их получения.

Если я не запрошу личную консультацию до указанного срока, я подтверждаю, что согласен/а с формулировкой

a) Отчета

b) Рекомендации

без дополнительных комментариев, и что я полностью понял/а их содержание без дополнительных личных консультаций.

**Я согласен/а на включение диагноза ребенка/ученика/студента в Рекомендацию PО/рекомендательную оценку, предназначенную для школы.**

**Я принимаю во внимание, что сотрудник SPC посещает детский сад, начальную и среднюю школы по мере необходимости для оказания методической помощи учителям и оценки мер поддержки.**

Разъяснение провела: Луция Лаудова \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись законного представителя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_