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

**(спеціальний педагогічний центр для дітей та підлітків з порушеннями мови з акцентом на аугментативну та альтернативну комунікацію), Йівенська 7, 140 00 Прага 4**



**ЗАПИТ на надання консультаційної послуги  
ІНФОРМОВАНА ЗГОДА 1 з умовами надання цієї послуги, а також з обробкою та зберіганням персональних даних у шкільному консультаційному центрі**

**Законний представник**

Титул, ім'я та прізвище: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**Я запитую надання консультаційної послуги у центрі SPC/школі для:**

Ім'я та прізвище:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата народження:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адреса проживання:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адреса дитячого садка/початкової школи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Рік навчання \_\_\_\_\_\_\_\_ Ім'я та прізвище контактної особи у школі: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата запису на обстеження: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Причина запиту: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Я заявляю**, що мені було заздалегідь чітко і однозначно надано:

a) всю основну інформацію про надання консультаційної послуги, зокрема, про процес, обсяг, тривалість, цілі та процедури надання консультаційної послуги,

b) інформацію про очікувану користь та будь-які прогнозовані наслідки, які можуть виникнути внаслідок надання консультаційних послуг,

c) інформацію про права та обов'язки, пов'язані з наданням консультаційних послуг, включаючи право в будь-який час вимагати повторного надання консультаційних послуг, право подати пропозицію про розгляд відповідно до § 16a(5) Закону про освіту, право вимагати перегляду відповідно до § 16b Закону про освіту, а також право подати скаргу до Чеської шкільної інспекції відповідно до § 174(5) Закону про освіту.

d) інформацію щодо збирання та зберігання персональних та конфіденційних даних.

У мене була можливість поставити додаткові запитання, на які консультант відповів: a) ТАК b) НІ

Якщо консультаційні послуги надаються неповнолітній дитині, вона повинна бути належним чином поінформована та мати можливість поставити додаткові запитання, враховуючи її вік та інтелектуальну зрілість.

**Я згоден/згодна з обстеженням у SPC (у школі). Я усвідомлюю**,що **рекомендації** шкільного консультаційного центру **також будуть передані школі, шкільній установі або шкільному консультаційному центру, з яким я співпрацюю**. *Я заявляю, що надав/надала правильну і повну інформацію, і що я був/була поінформований/а про свої права відповідно до чинного законодавства про захист персональних даних.* ***Я усвідомлюю, що після прибуття в SPC особа, до супроводжує дитину, несе відповідальність за безпеку дитини до моменту її передачі одному з педагогів.***

Роз'яснення провела: Луція Лаудова \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Підпис законного представника:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ІНФОРМОВАНА ЗГОДА 2 з висновком обстеження, проведеного в рамках консультаційної послуги у шкільному консультаційному центрі (звіт та пропозиція рекомендацій)**

**Висновок щодо наданої консультаційної послуги:**

**Я заявляю**, що я був детально і зрозуміло поінформований про хід та результати надання консультаційних послуг та рекомендовані заходи підтримки, зокрема:

1. зі мною обговорили в усній формі пропонований зміст звіту
2. зі мною обговорили в усній формі запропонований зміст рекомендацій щодо навчання дитини, учня або студента з особливими освітніми потребами,
3. я зрозумів/зрозуміла їх зміст та природу,
4. зі мною обговорили можливі альтернативи пропозиції, необхідні для корекції процесу навчання, включаючи будь-які запропоновані заходи та прогнозовані наслідки, які можуть виникнути внаслідок надання консультаційних послуг.

Письмовий звіт про проведення обстеження та рекомендації, що містять пропозиції щодо корекції освіти:

a) я заберу особисто в центрі SPC протягом терміну, зазначеного в §13(3) Постанови 27/2016 Сб.

b) я не можу особисто забрати звіт із серйозних причин, і прошу, щоб письмовий звіт про проведення обстеження та рекомендації, що містять пропозиції щодо корекції освіти, були надіслані

1. поштою на мою (вказану) адресу проживання

2. в ящик даних, адреса я.д:

2. електронною поштою - з паролем / без пароля

Після ознайомлення зі змістом надісланого **Звіту та Рекомендації** я звернуся до SPC особисто або по телефону, електронною поштою за персональною консультацією щодо Звіту та Рекомендації, не пізніше ніж через 5 робочих днів з дати їх отримання.

Якщо я не запрошу особисту консультацію до зазначеного терміну, я підтверджую, що згоден/згодна з формулюванням

a) Звіту

b) Рекомендацій

без додаткових коментарів, і що я повністю зрозумів/зрозуміла їх зміст без додаткових особистих консультацій.

**Я згоден/згодна на включення діагнозу дитини/учня/студента в Рекомендацію PО/рекомендаційну оцінку, призначену для школи.**

**Я беру до уваги, що співробітник SPC відвідує дитячий садок, початкову та середню школи при необхідності для надання методичної допомоги вчителям та оцінки заходів підтримки.**

Роз'яснення провела: Луція Лаудова \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Підпис законного представника: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_