1. 
2. Kontakt: jarmila.ledvinova@zs-oshtyn.cz, www.zs-oshtyn.cz

**ZPRÁVA ŠKOLY O ŽÁKOVI**

(vzdělávání dle vzdělávacího programu základní školy speciální)

**Jméno a příjmení žáka:**

**Datum narození**:

**Bydliště**: **PSČ:**

**Jméno, příjmení a bydliště obou zákonných zástupců žáka**:

matka: telefon:

bydliště:

otec: telefon:

bydliště:

**Název a adresa školy:**

**Učební dokumenty:**

**Vzdělávání dle IVP: ano** (v předmětech) **ne**

**Ročník:**

**Třídní učitel/ka**:

**Kontaktní pracovník pro komunikaci s  SPC**:

**Poskytované předměty speciálně pedagogické péče** *(vypište)***:**

**Hodnocení v jednotlivých oblastech** **vzdělávacího programu základní školy speciální:**

**Slovně popište dosažené vědomosti a dovednosti, využívané pomůcky** *(např. denní režim, iPad):*

**Jazyková komunikace** (čtení, čtenářské dovednosti, psaní, psaný projev, grafomotorika):

**Matematika a její aplikace** (předmatematické představy početní dovednosti):

**Rozumová výchova** (zná jméno, příjmení, adresu**,** barvy, tvary, orientace v prostoru a ploše, ...):

**Další předměty:**

***Stručně popište:***

**Sociální chování žáka**:

* adaptace *(prostředí, osoby, změny)*:
* vztah k dospělým:
* respektování režimu, požadavků, pravidel, pracovních dovedností:
* sledované projevy v chování (*sebepoškozování, slovní a fyzická agresivita, strach, změny nálady, stereotypie, rituály apod.)*:
* vztahy s vrstevníky, schopnost spolupráce při činnostech a hře:

**Pracovní tempo, pozornost, paměť:**

**Řeč a komunikace:**

* porozumění řeči:
* verbální vyjadřování:
* neverbální vyjadřování *(oční kontakt, gesta, mimika):*
* využití alternativních a augmentativních prostředků:
* vady řeči, zvláštnosti:

**Kresba:**

(*spontánní, geometrická kresba, čmáranice, hlavonožci, kresba postavy, vyjádření vlastních vjemů…)*

**Hrubá motorika:**

- mobilita:

- chůze po schodech, v terénu:

- rovnováha:

- celková obratnost koordinace pohybů:

- nápodoba:

- kompenzační pomůcky:

**Jemná motorika:**

**-** lateralita:

**-** obratnost a spolupráce rukou:

**-** úchopy a manipulační činnosti *(korálky, kostky, stavebnice apod.):*

**-** práce s papírem:

**-** využívané pomůcky:

**Sebeobsluha a samostatnost:**

* oblékání, obouvání:
* stravování *(jídlo, pití):*
* hygienické návyky *(osobní hygiena – udržování tělesné čistoty, umývání, používání toalety*):

**Smyslové vnímání:**

* sluchové:
* zrakové:
* taktilní *(doteky):*

**Oblíbené činnosti, aktivity**:

**Rehabilitační a jiné kompenzační pomůcky***:*

**Které konkrétní situace a činnosti činí žákovi největší obtíže:**

Zprávu vyplnil/a:

Jméno:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Podpis:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(třídní učitel, jiný vyučující, asistent pedagoga…upřesněte)*

Razítko a podpis ředitelství školy: Podpis:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Jméno zákonného zástupce/klienta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Podpis:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum: ……………………