**ZŠ**

**Hodnotenie školy k odporúčaniu asistenta učiteľa**

**Dôverné!**

**Meno žiaka :**

**Dátum narodenia:** Kliknite alebo ťuknite sem a zadajte text.

**Bydlisko:**

**Rok školskej dochádzky:** Kliknite alebo ťuknite sem a zadajte text.

**Ročník:**

**Druh zdravotného znevýhodnenia žiaka:**

**Dátum posledného psychologického vyšetrenia:** Kliknite alebo ťuknite sem a zadajte text.

**Dátum posledného špeciálnopedagogického vyšetrenia:**

**Spôsob vzdelávania** (učebné osnovy; IVP, skutočnosť, či žiak v minulom šk. roku pracoval s podporou asistenta učiteľa na vyučovaní )**:**

**Bariéry, ktoré žiak nedokáže prekonať z dôvodu zdravotného postihnutia:**

**Odporúčaný rozsah prítomnosti asistenta učiteľa počas výchovno-vzdelávacieho procesu** (úkony asistenta na prekonávanie bariér žiaka)**počas vzdelávacieho procesu**:

1. **na plný úväzok – 100%**
2. **na čiastočný úväzok - ............... %**

**V ktorých vzdelávacích oblastiach sa diagnostikovaná porucha prejavuje:** Kliknite alebo ťuknite sem a zadajte text.

**Konkrétne vyučovacie hodiny alebo časti vyučovacieho dňa a činnosti, ku ktorým vyučujúci potrebuje pomoc asistenta učiteľa:**

**Dôsledky prítomnosti zdravotne postihnutého žiaka bez prítomnosti asistenta učiteľa na výchovno-vzdelávací proces a na ostatných žiakov triedy:**

Kliknite alebo ťuknite sem a zadajte text.

**Ohrozenie bezpečnosti a ochrany zdravia týchto žiakov, prípadne ostatných žiakov triedy:**

**Za správnosť a kompletnosť údajov zodpovedá (meno, funkcia):**

**V   dňa meno, podpis**

**Pre potreby CŠPP pri vypracovaní Odporúčania na zavedenie funkcie učiteľa je potrebné dôsledne, aktuálne a kompletne vyplniť všetky údaje!**