|  |
| --- |
| *Заголовок закладу – школа / шкільний заклад (адреса, номер телефону, електронна пошта)* |
| **Висновок з метою надання заходу підтримки** |
| **Обліковий номер:** |   |  |  |
| **Ім’я дитини / учня:** |   |  |  |
| **Дата народження:** |   |  |  |
| **Адреса проживання:** |   |  |  |
| **Заявник про надання висновку:** *(ім’я та прізвище)* |
|  | законний представник дитини або неповнолітнього учня |  | педагогічний працівник |
|  | повнолітній учень |  | фаховий працівник |
|  | представник закладу |   |   |
| **Запропоновані заходи підтримки згідно з § 145a ч. 2 Закону № 245/2008 З. з. про виховання та освіту (шкільний закон) і про зміну та доповнення деяких законів (далі лише «шкільний закон»):***(позначте хрестиком)* |
|  | **a)** надання виховання та освіти на основі редагування цілей, методів, форм і підходів у вихованні та освіті |  | **b)** надання виховання та освіти на основі редагування змісту виховання та освіти та оцінювання результатів, досягнутих дітьми або учнями у вихованні та освіті |
|  | **c)** забезпечення діяльностей для розвитку емоційного інтелекту, комунікативних здібностей, рухових, інтелектуальних здібностей, сенсорного сприйняття, самообслуговування |  | **d)** діяльність для підтримки шкільної готовності  |
|  | **e)** забезпечення проведення мовного курсу мови викладання в школі або іншої підтримки в оволодінні мови викладання в школі |  | **f)** забезпечення додаткового або цільового навчання для досягнення найвищого індивідуального когнітивного потенціалу дитини або учня |
|  | **g)** підвищення якості умов виховання та освіти учнів із соціально незахищеного середовища |  | **h)** забезпечення навчання з навчального предмета або в освітній галузі за програмою вищого навчального року |
|  | **i)** забезпечення особливих форм комунікації дитини з порушеннями стану здоров’я або учня з порушеннями стану здоров’я зі школою або шкільним закладом |  | **j)** діяльність для підтримки соціальної інтеграції |
|  | **k)** діяльність для запобігання припиненню шкільного навчання раніше останнього року початкової або середньої школи |  |  **l)** спеціалізоване кар’єрне консультування |
|  | **m)** забезпечення роботи педагогічного асистента в класі |  | **n)** надання медичної допомоги |
|  | **o)** забезпечення дій самообслуговування відповідно до спеціального положення під час навчально-виховного процесу. |  | **p)** надання спеціальних навчальних видань та компенсуючих засобів |
|  | **q)** забезпечення адаптації шкільних приміщень, призначених для підтримки сприйняття та набуття навичок |  | **r)** усунення фізичних бар’єрів у приміщеннях школи або шкільного закладу та організаційних бар’єрів у вихованні та освіті |
|  | **s)** забезпечення дієтичного харчування |  |  |
| **Запропонований обсяг заходу підтримки / заходів підтримки:** |
|   |
| **Додаткова інформація щодо запропонованих заходів підтримки:** |
| У разі запропонованих заходів підтримки відповідно до **літер m), o) та p)** вкажіть **діагностовану інвалідність дитини / учня:** |   |
| У разі запропонованих заходів підтримки відповідно до **літер m), o) та p)** вкажіть **інформацію про порушення стану здоров’я (ZZ):** |  **Тип ZZ:**   |  **Група ZZ** (1 – 5):  |
| У разі запропонованого заходу підтримки згідно з **літерою m)** вкажіть **рекомендовану зайнятість педагогічного працівника на дитину / учня:** |  |
| У разі запропонованих заходів підтримки згідно з **літерою m) вкажіть коротку інформацію про бар’єри,** через які під час навчання дитини / учня потрібен педагогічний асистент: |  |
| У разі запропонованого заходу підтримки згідно з **літерою o)** вкажіть коротку **інформацію про сфери діяльності, у яких має допомагати помічник вихователя:** |      |
| У разі запропонованого підтримуючого заходу згідно з **літерою g)** вкажіть **причину, з якої дитина / учень походить з вразливої сімї:** |  |
| У разі запропонованого заходу підтримки згідно з **літерою p)** вкажіть: | **Визначення конкретного допоміжного засобу:** | **Обґрунтування необхідності надання допоміжного засобу:** | **Пропозицію розміру внеску на допоміжний засіб:** |

|  |
| --- |
| **Особа, яка склала висновок:** (ім’я та прізвище) |
| **Посада / категорія:** |  |
| **Контактні дані (телефон та електронна пошта):** |   |
| **Дата:**  | **Підпис:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Висновок отримав (доставляється):***(непотрібне закреслити)* | Законний представник дитини або неповнолітнього учня / повнолітній учень /педагогічний працівник / фаховий працівник / представник закладу |
| **Дата отримання висновку:** |  |
| **Підпис директора та печатка школи або навчального закладу:** |  |

**Пояснення до Висновку з метою надання заходу підтримки**

**1. Реєстраційний номер:** зазначається реєстраційний номер документа.

**2. Заявник про надання висновку:** вказує ім’я та прізвище особи, яка подала запит на висновок з метою надання заходу підтримки, і хрестиком позначає варіант, за який виступає заявник. У разі вибору варіанту педагогічний працівник необхідно дописати, до якої категорії педагогічних працівників належить особа відповідно до § 19 Закону № 138/2019 Зб. про педагогічних та фахових працівників у чинній редакції. У разі вибору варіанту фаховий працівник потрібно дописати, до якої категорії фахових працівників школи (шкільного закладу, окрім установ консультування та профілактики) належить особа згідно з § 23 Закону № 138/2019 Зб.з.

**3. Рекомендовані заходи підтримки:** хрестиком позначаються конкретні рекомендовані заходи підтримки згідно з § 145a ч. 2 Закону № 245/2008 Зб.з. про освіту (шкільний закон) та про зміну і доповнення деяких законів у чинній редакції.

**4. Запропонований обсяг заходу підтримки:** зазначається обсяг заходу підтримки, необхідного для того, щоб дитина або учень могли повноцінно брати участь у навчальному процесі та розвивати свої знання, навички й здібності. У випадку заходів підтримки, що включають надання освіти на основі зміни змісту навчання й оцінювання результатів, досягнутих дітьми або учнями в навчальному процесі, та забезпечення діяльності з розвитку рухових здібностей, сенсорного сприйняття, комунікативних здібностей, когнітивних функцій, соціально-комунікативних навичок, емоційної сфери і самообслуговування, також потрібно зазначити, якої саме частини заходу підтримки стосується запропонований обсяг. У частині про запропонований обсяг заходу підтримки важливо вказати і **часовий період заходу** **підтримки** — тобто на який період пропонується надання заходу підтримки. Часовий період може бути обмежений поточним навчальним роком (тобто захід підтримки надається протягом конкретного навчального року, який буде зазначено у цій частині Висновку), або може бути запропоновано надання заходу підтримки до завершення навчання дитини або учня на відповідному освітньому рівні (або також до проходження повторної діагностики).

**5. Тип і група стану порушення здоров’я зазначаються згідно з наступним переліком:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Група стану порушення здоров’я**  | **Тип стану порушення здоров’я** |
| **Група ZZ 1** | 1 | Дитина/Учень із порушенням розвитку навчання  |
| 2 | Дитина/Учень із легким ступенем розумової відсталості |
|  | 3 | Дитина/Учень із розладом поведінки |
|  | 4 | Дитина/Учень із синдромом гіперактивності та порушенням уваги  |
| **Група ZZ 2** | 5 | Дитина/Учень із середнім ступенем розумової відсталості |
| 6 | Дитина/Учень з порушеними комунікативними навичками |
|  | 7 | Дитина/Учень зі слабким зором |
|  | 8 | Дитина/учень із залишковим зором |
|  | 9 | Дитина/Учень із порушенням бінокулярного зору |
|  | 10 | Дитина/Учень із порушенням слуху |
|  | 11 | Дитина/Учень з кохлеарним імплантом |
|  | 12 | Дитина/Учень із фізичними порушеннями, крім тих, які не ходять |
| **Група ZZ 3** | 13 | Глуха дитина/учень |
| 14 | Сліпа дитина/учень |
| 15 | Дитина/Учень із фізичними порушеннями — не ходить |
| 16 | Дитина/учень хвора, дитина/учень із ослабленим здоров’ям або з хронічним захворюванням  |
| **Група ZZ 4** | 17 | Дитина/Учень із тяжким або глибоким ступенем розумової відсталості  |
| 18 | Дитина/Учень із множинними порушеннями стану здоров’я з легким ступенем розумової відсталості  |
| 19 | Дитина/Учень з аутизмом або іншими загальними порушеннями розвитку без розумової відсталості |
| **Група ZZ 5** | 20 | Дитина/Учень із множинними порушеннями стану здоров’я з середнім, тяжким або глибоким ступенем розумової відсталості  |
| 21 | Дитина/Учень з аутизмом або іншими загальними порушеннями розвитку з розумовою відсталістю |
| 22 | Глухосліпа дитина/учень  |

*Примітка: дитина/учень з комбінованим порушенням стану здоров’я без розумового порушення зараховується до категорії ZZ 1 – ZZ 5 залежно від найважчого типу порушення стану здоров’я.*

**6. Інформація про бар'єри, через які під час навчання дитини/учня необхідний педагогічний асистент:** зазначаються бар'єри, які дитина/учень не може подолати без допомоги педагогічного асистента, а також діяльність чи навчальні предмети (освітні області), з якими вчителю необхідна допомога педагогічного асистента під час навчання дитини/учня, зокрема конкретні дії педагогічного асистента для подолання цих бар'єрів.

**7. Причини, через які дитина/учень з сім'ї, яка перебуває у складних життєвих обставинах (СЖО):**

Цей захід можна запропонувати, якщо зазначено, що спеціальна виховна потреба дитини випливає з СЖО. Згідно з § 2, п. i) закону про освіту, дитина з соціально незахищеного середовища визначається таким чином: *«дитина або учень з соціально незахищеного середовища — дитина або учень, що живе в середовищі, яке через соціальні, родинні, економічні та культурні умови недостатньо стимулює розвиток розумових, волевих, емоційних властивостей дитини або учня, не підтримує її соціалізацію і не надає достатньо відповідних стимулів для розвитку її особистості».*

У ЗПЗ вказуються короткі причини, чому спеціальна виховна потреба конкретної дитини/учня випливає з СЖО.

**8. Визначення конкретного компенсаторного допоміжного засобу**: виходячи з переліку, опублікованого на вебсайті Міністерства освіти, науки, досліджень і молоді Словацької Республіки (доступно тут: <https://www.minedu.sk/41371-sk/2025/>).

*Примітка: додаткову інформацію про компенсаторні допоміжні засоби можна знайти за наступними посиланнями:*

* [*https://vudpap.sk/webinare/webinar-107-kompenzacne-pomocky-v-skolskom-prostredi/*](https://vudpap.sk/webinare/webinar-107-kompenzacne-pomocky-v-skolskom-prostredi/) *і*
* [*https://www.minedu.sk/41371-sk/2025/*](https://www.minedu.sk/41371-sk/2025/)

**9. Посада / категорія особи**, що склала висновок: висновок може надати педагогічний працівник категорії вчитель або шкільний спеціальний педагог, фахівець школи або фахівець установи консультування та профілактики.