**VYHODNOCENÍ IVP**

*Pokud byl IVP doporučen, prosíme o vyplnění formuláře nejpozději do konce školního roku.*

*Děkujeme za spolupráci.*

**Jméno a příjmení žáka………………………………………………………………………datum narození…………………….**

**Škola, třída……………………………………………………………škol. rok…………………………………………………………….**

IVP pro daného žáka realizován od ………………………………………………………………………………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **OBLAST IVP** | **OSVĚDČILO SE** | **NEOSVĚDČILO SE** | **NÁVRH ZMĚNY** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

V………………………………………………… dne ………………………………………………

Třídní učitel/výchovný poradce (jméno, příjmení, podpis)……………………………………………………………………..

**ZÁVĚRY VYHODNOCENÍ VZDĚLÁVÁNÍ PODLE IVP ZE STRANY KPPP A ZDVPP ZLÍN**

|  |
| --- |
|  |

V………………………………………………… dne ………………………………………………

Odborný garant (jméno, příjmení, podpis)………………………………………………………………………………………….