

Załącznik nr 3 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w ramach projektu

.....  
Pieczęć szkoły

**Opinia wychowawcy klasy/pedagoga/psychologa szkolnego/innego specjalisty dotycząca indywidualnej potrzeby udziału ucznia/uczennicy w projekcie:**

**„Edukacja włączająca w Szkole Podstawowej nr 1 im. 1000-lecia Państwa Polskiego w Bukownie”**

Imię i nazwisko ucznia/uczennicy.....

Klasa ..... Rok szkolny .....

NALEŻY WYPEŁNIĆ TE CZĘŚCI, KTÓRE DOTYCZĄ UCZNIĄ/UCZENNICZY  
W ZALEŻNOŚCI OD WYBRANEJ PRZEZ NIEGO/NIEJ FORMY WSPARCIA

**CZĘŚĆ I – dotyczy zajęć dydaktyczno–wyrównawczych<sup>1</sup>**

| Lp. | Nazwa zajęć dydaktyczno–wyrównawczych wybranych przez ucznia/uczennicę (należy wpisać nazwę zgodną z Regulaminem rekrutacji/Formularzem zgłoszeniowym) | Przedmiot, którego dotyczy ocena/średnia | Średnia ocen z danego przedmiotu w II semestrze poprzedniego roku szkolnego |
|-----|--|--|---|
| 1.  |  |  |   |
| 2.  |  |  |   |
| 3.  |  |  |   |

**CZĘŚĆ II - zajęcia integracji sensorycznej<sup>2</sup>**

| Czy u ucznia/uczennicy w ciągu poprzedzającego roku szkolnego zaobserwowano: |  |                              |                              |
|--|--|------------------------------|------------------------------|
| 1.   | trudne zachowania zakłócające funkcjonowanie w grupie rówieśniczej i przestrzeni publicznej? | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| 2.   | nadwrażliwości w poszczególnych zmysłach?  | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| 3.   | trudności z planowaniem motorycznym?   | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |

<sup>1</sup> Wypełnia wychowawca/wychowawczynie klasy

<sup>2</sup> Wypełnia wychowawca/wychowawczynie klasy we współpracy z terapeutą integracji sensorycznej (jeśli jest zatrudniony w Szkole)

### CZĘŚĆ III – zajęcia logopedyczne<sup>3</sup>

| Czy u ucznia/uczennicy w wyniku badań przesiewowych zdiagnozowano: |                             |   |
|--|-----------------------------|---|
| 1.   | deficyt logopedyczny?       | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| 2.   | dyslalię wieloraką złożoną? | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |

### CZĘŚĆ IV – zajęcia wspierające uczniów z zaburzeniami ze spektrum autyzmu<sup>4</sup>

| Czy u ucznia/uczennicy w ciągu poprzedzającego roku szkolnego zaobserwowano: |  |   |
|--|--|---|
| 1.   | trudności w funkcjonowaniu w szkole?       | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| 2.   | nieprawidłowe zachowania i praca w grupie? | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| 3.   | trudności w samodzielnym funkcjonowaniu?   | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |

### CZĘŚĆ V – zajęcia psychologiczne<sup>5</sup>

| Czy u ucznia/uczennicy w ciągu poprzedzającego roku szkolnego zaobserwowano: |                        |   |
|--|------------------------|---|
| 1.   | zaburzenia zachowania? | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| 2.   | zachowania depresyjne? | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| 3.   | zachowania agresywne?  | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |

### CZĘŚĆ VI – trening umiejętności społecznych<sup>6</sup>

| Czy u ucznia/uczennicy w ciągu poprzedzającego roku szkolnego zaobserwowano: |  |   |
|--|--|---|
| 1.   | kłopoty z kontrolowaniem emocji?                 | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| 2.   | zaburzenia koncentracji?                         | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| 3.   | trudności w nawiązywaniu relacji z rówieśnikami? | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |

<sup>3</sup> Wypełnia osoba realizująca terapię logopedyczną

<sup>4</sup> Wypełnia wychowawca/wychowawczyni we współpracy z pedagogiem/ pedagożką lub psychologiem/psycholożką

<sup>5</sup> Wypełnia wychowawca/wychowawczyni we współpracy z pedagogiem/ pedagożką lub psychologiem/psycholożką

<sup>6</sup> Wypełnia wychowawca/wychowawczyni we współpracy z pedagogiem/ pedagożką lub psychologiem/psycholożką

**CZĘŚĆ VII – zajęcia korekcyjno-kompensacyjne<sup>7</sup>**

| Czy u ucznia/ uczennicy w ciągu poprzedzającego roku szkolnego zaobserwowano: |  |   |
|---|--|---|
| 1.  | trudności w czytaniu?  | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| 2.  | trudności w pisaniu, w tym popełnianie błędów językowych w piśmie?               | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| 3.  | odchylenia rozwojowe (występowanie specyficznych trudności w nauce przedmiotów)? | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |

.....  
Miejscowość, data

.....

.....

.....

Czytelny podpis/ podpisy wraz z podaniem stanowiska  
wychowawcy klasy/pedagoga/psychologa  
szkolnego/innych terapeutów, zgodnie ze wskazaniem w Regulaminie

<sup>7</sup> Wypełnia wychowawca/wychowawczynie we współpracy z pedagogiem/ pedagózką