

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 Zespole Szkolno-Przedszkolnym w Osieku”

Imię i nazwisko ucznia/uczennicy.....

Klasa Rok szkolny

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

CZĘŚĆ I – dotyczy zajęć dydaktyczno– wyrównawczych dla klas 1-3¹

Lp.	Nazwa zajęć dydaktyczno– wyrównawczych wybranych przez ucznia/uczennicę (należy wpisać nazwę zgodną z Regulaminem rekrutacji/Formularzem zgłoszeniowym)	zdiagnozowane braki edukacyjne w przedmiocie, którego dotyczy zgłoszenie (w skali szkolnej od 1 do 6
1		
2		

CZĘŚĆ II – dotyczy zajęć dydaktyczno– wyrównawczych dla klas 4-8²

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			

CZĘŚĆ III - zajęcia grupowe arteterapii³

Czy u ucznia/uczennicy w ciągu poprzedzającego roku szkolnego zaobserwowano:			
1	negatywne napięcie, emocje i agresję?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
2	Problemy z nawiązywaniem kontaktów rówieśniczych?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
3	Brak wiary w siebie, własne umiejętności i możliwości?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

¹Wypełnia wychowawca/wychowawczynie klasy

²Wypełnia wychowawca/wychowawczynie klasy

³Wypełnia wychowawca/wychowawczynie klasy we współpracy z terapeutą integracji sensorycznej (jeśli jest zatrudniony w Szkole)

CZĘŚĆ IV – terapia logopedyczna⁴

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 V – Zajęcia rozwijające kompetencje emocjonalno- społeczne⁵

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

CZĘŚĆ VI – biofeedback⁶

Czy u ucznia/uczennicy w ciągu poprzedzającego roku szkolnego zaobserwowano:		
1	kłopoty z kontrolowaniem emocji?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
2	zaburzeniami koncentracji?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
3	syndrom nieadekwatnych osiągnięć edukacyjnych?	<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

⁴Wypełnia osoba realizująca terapię logopedyczną

⁵Wypełnia wychowawca/wychowawczynie we współpracy z pedagogiem lub psychologiem

⁶Wypełnia wychowawca/wychowawczynie we współpracy z pedagogiem