

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 im. Stanisława Staszica w Bolesławiu”**

Imię i nazwisko ucznia/uczennicy.....

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

NALEŻY WYPEŁNIĆ TE CZĘŚCI, KTÓRE DOTYCZĄ UCZNIA/UCZENNICY  
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			

**CZĘŚĆ II - zajęcia grupowe terapii ruchowej lub terapii 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

**CZĘŚĆ III – terapia logopedyczna<sup>3</sup>**

<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)

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

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 – trening umiejętności społecznych<sup>4</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	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 V – biofeedback<sup>5</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	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

<sup>4</sup> Wypełnia wychowawca/wychowawczynie we współpracy z pedagogiem/ pedagogożką lub psychologiem/psycholożką

<sup>5</sup> Wypełnia wychowawca/wychowawczynie we współpracy z pedagogiem/ pedagogożką