

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–wyrównawczych¹

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 sensorycznej²

Czy u ucznia/uczennicy w ciągu poprzedzającego roku szkolnego zaobserwowano:			
1	trudne zachowania zakłócające funkcjonowanie w grupie rówieśniczej i przestrzeni publicznej?	☐ TAK	☐ NIE
2	nadwrażliwości w poszczególnych zmysłach?	☐ TAK	☐ NIE
3	trudności z planowaniem motorycznym?	☐ TAK	☐ NIE

CZĘŚĆ III – terapia logopedyczna³

¹ Wypełnia wychowawca/wychowawczyni klasy

² Wypełnia wychowawca/wychowawczyni klasy we współpracy z terapeutą integracji sensorycznej (jeśli jest zatrudniony w Szkole)

³ Wypełnia osoba realizując terapię logopedyczną

Czy u ucznia/uczennicy w wyniku badań przesiewowych zdiagnozowano:

1	Deficyt logopedyczny?	☐ TAK	☐ NIE
2	Dyslalię wieloraką złożoną?	☐ TAK	☐ NIE

CZĘŚĆ IV – trening umiejętności społecznych⁴
Czy u ucznia/uczennicy w ciągu poprzedzającego roku szkolnego zaobserwowano:

1	kłopoty z kontrolowaniem emocji?	☐ TAK	☐ NIE
2	zaburzeniami koncentracji?	☐ TAK	☐ NIE
3	trudności w nawiązywaniu relacji z rówieśnikami?	☐ TAK	☐ NIE

CZĘŚĆ V – biofeedback⁵
Czy u ucznia/ uczennicy w ciągu poprzedzającego roku szkolnego zaobserwowano:

1	kłopoty z kontrolowaniem emocji?	☐ TAK	☐ NIE
2	zaburzeniami koncentracji?	☐ TAK	☐ NIE
3	syndrom nieadekwatnych osiągnięć edukacyjnych?	☐ TAK	☐ NIE

.....
Miejscowość, data

.....

.....

.....

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

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

⁵ Wypełnia wychowawca/wychowawczyni we współpracy z pedagogiem/ pedagożką