

**Wniosek o wydanie opinii
dot. zindywidualizowanej ścieżki kształcenia**

Imię i nazwisko ucznia/uczenicy:

Data i miejsce urodzenia:PESEL.....

Imiona i nazwiska rodziców:

Adres:telefon

Szkoła/Przedszkole/ klasa:

Czy był badany/a w PPP ?.....jeśli tak/ kiedy?.....

1. Opis trudności w funkcjonowaniu dziecka/ucznia na terenie przedszkola/szkoły:

- w trakcie zajęć wychowania przedszkolnego/zajęć edukacyjnych.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- w czasie przerw, wycieczek, imprez i uroczystości, wyjść z oddziałem przedszkolnym/klasą:

.....

.....

.....

.....

2. Zakres, w jakim uczeń nie może brać udziału w zajęciach wychowania przedszkolnego lub zajęciach edukacyjnych, wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. Dodatkowe zajęcia w ramach pomocy psychologiczno-pedagogicznej organizowane z uczniem/uczennicą (prowadzone przez nauczycieli i specjalistów)

a) rodzaj zajęć/ osoba prowadząca/ przebieg zajęć

.....

.....

.....

• ocena efektywności:

.....

.....

.....

b) rodzaj zajęć/osoba prowadząca/przebieg zajęć

.....

.....

.....

• ocena efektywności:

.....

.....

.....

c) rodzaj zajęć/osoba prowadząca/przebieg zajęć

.....

.....

.....

• ocena efektywności:

.....

.....

.....

d) rodzaj zajęć/ osoba prowadząca/przebieg zajęć

.....

.....

.....

• ocena efektywności:

.....

.....

.....

4. Mocne strony ucznia/uczennicy:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5. Pomoc psychologiczno-pedagogiczna udzielana w trakcie zajęć dydaktycznych (metody i formy pracy z uczniem, dostosowania wymagań do aktualnych możliwości dziecka oraz stanu psychofizycznego)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

6. Wprowadzone działania o charakterze doraźnym (np. interwencje, konsultacje, spotkania z rodzicami)

.....

.....

.....

.....

.....

7. Współpraca z rodzicami (w tym informacje o środowisku rodzinnym):

.....

.....

.....

.....

8. Inne uwagi o uczniu/uczennicy (dot. chorób, wad, leczenia i in). -

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
podpis wychowawcy klasy/grupy

.....
pieczęć i podpis dyrektora przedszkola/szkoły

Po zapoznaniu się z problemem mojego dziecka.....

..... wyrażam zgodę na badanie w Poradni
Psychologiczno-Pedagogicznej w Gliwicach.

Informujemy, że dane osobowe niezbędne do udzielenia pomocy psychologiczno-pedagogicznej (wydania opinii dotyczącej zindywidualizowanej ścieżki kształcenia) są gromadzone i przetwarzane przez Poradnię Psychologiczno-Pedagogiczną w Gliwicach zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2018., poz. 1000).

Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych przez Poradnię Psychologiczno-Pedagogiczną w Gliwicach dostępna jest na stronie internetowej poradni: www.poradnia.gliwice.pl lub w siedzibie placówki.

.....
podpis rodzica/opiekuna prawnego