

.....
(pieczęć przedszkola/szkoły)

.....
(miejsowość, data)

**OPINIA PRZEDSZKOLA/SZKOŁY
o funkcjonowaniu dziecka/ucznia**

dla potrzeb Poradni Psychologiczno - Pedagogicznej w Bogatyni

**W CELU WYDANIA OPINII O OBJĘCIU ZINDYWIDUALIZOWANĄ ŚCIEŻKĄ REALIZACJI
OBOWIĄZKOWEGO ROCZNEGO PRZYGOTOWANIA
PRZEDSZKOLNEGO/ZINDYWIDUALIZOWANĄ ŚCIEŻKĄ KSZTAŁCENIA (podkreślić właściwe)**

Zgodnie z § 12 ust. 4 pkt 1 i 3 Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno - pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (tekst jedn.: Dz. U. z 2020 r. poz. 1280)

Imię i nazwisko dziecka/ucznia:

Data i miejsce urodzenia dziecka/ucznia:

Nazwa placówki (przedszkola, szkoły):

.....

Adres placówki (przedszkola, szkoły):

.....

grupa/klasa:

Zindywidualizowana ścieżka realizacji obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego oraz zindywidualizowana ścieżka kształcenia są organizowane dla uczniów, którzy mogą uczęszczać do przedszkola lub szkoły, ale ze względu na trudności w funkcjonowaniu wynikające w szczególności ze stanu zdrowia nie mogą realizować wszystkich zajęć wychowania przedszkolnego lub zajęć edukacyjnych wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym i wymagają dostosowania organizacji i procesu nauczania do ich specjalnych potrzeb edukacyjnych.

CZĘŚĆ I

1. Potrzeba objęcia zindywidualizowaną ścieżką wynika z (właściwe podkreślić*):**

- * Trudności w funkcjonowaniu dziecka/ucznia ze względu na stan zdrowia
- * Innych trudności w funkcjonowaniu dziecka/ucznia w przedszkolu/szkole

2. Proszę określić zakres, w jakim dziecko/uczeń nie może brać udziału w zajęciach wychowania przedszkolnego lub zajęciach edukacyjnych wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym:

.....
.....
.....

.....
.....
3. Proszę podać informacje na temat funkcjonowania dziecka/ucznia w przedszkolu lub szkole ze wskazaniem jego: mocnych stron, predyspozycji, zainteresowań i uzdolnień:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

4. Proszę opisać trudności w funkcjonowaniu dziecka/ucznia ograniczające mu realizację zajęć edukacyjnych wspólnie z oddziałem przedszkolnym/szkolnym:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

5. Proszę wymienić bariery (czynniki zewnętrzne niezależne od dziecka/ucznia) stanowiące przeszkodę w realizacji zajęć edukacyjnych/przedmiotów:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

6. Proszę wymienić ograniczenia (wynikające z możliwości rozwojowych dziecka/ucznia) utrudniające uczestnictwo w zajęciach edukacyjnych/lekcjach:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

7. Proszę wymienić formy i okres dotychczasowej pomocy psychologiczno-pedagogicznej udzielonej dziecku/uczniowi w przedszkolu/szkole przez nauczycieli i specjalistów w celu poprawy jego funkcjonowania:

.....
.....
.....

.....
.....
8. Proszę opisać efekty prowadzonej dotychczas przez przedszkole/szkolę pomocy:

.....
.....
.....
.....
.....

9. Proszę wskazać propozycje działań zmierzających do poprawy funkcjonowania dziecka/ucznia w przedszkolu/szkole:

.....
.....
.....
.....
.....

10. Proszę wskazać optymalny okres objęcia dziecka/ucznia zindywidualizowaną ścieżką realizacji obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego/zindywidualizowaną ścieżką kształcenia – nie dłuższy jednak niż rok szkolny (*właściwe podkreślić):

- * Semestr
- * Rok szkolny

.....

.....
(imię i nazwisko osoby sporządzającej opinię)

.....
(pieczętka i podpis dyrektora placówki)

Część II

OPINIA NAUCZYCIELI I SPECJALISTÓW PROWADZĄCYCH ZAJĘCIA Z DZIECKIEM LUB UCZNIEM O FUNKCJONOWANIU DZIECKA/UCZNIA W PRZEDSZKOLU/SZKOLE

(zgodnie z § 12 ust. 4 pkt 3)

.....
imię i nazwisko nauczyciela/specjalisty

/
nauczany przedmiot/prowadzone zajęcia

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(czytelne podpisy nauczycieli i specjalistów)

.....

.....

.....

(pieczęćka i podpis dyrektora placówki)