

Dot. dziecka realizującego obowiązkowe roczne przygotowanie przedszkolne

Pieczęć przedszkola

Szczecin,

Opinia nauczyciela przedszkola

dot. objęcia dziecka

zindywidualizowaną ścieżką realizacji obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego

Informacja: 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 organizacji i dostosowania procesu nauczania do ich specjalnych potrzeb edukacyjnych. (Rozp. MEN z dn. 9.08.2017)

1. Imię i nazwisko dziecka, którego wniosek dotyczy:

.....

2. Data urodzenia i miejsce urodzenia

3. Adres zamieszkania

.....

4. Przedszkole/Szkoła

.....

Opinia nauczyciela:

a) proszę opisać trudności w funkcjonowaniu dziecka, które **uniemożliwiają mu** udział w zajęciach wychowania przedszkolnego wspólnie z oddziałem przedszkolnym:

b) w przypadku dziecka obejmowanego zindywidualizowaną ścieżką realizacji obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego ze względu na stan zdrowia – proszę opisać wpływ przebiegu choroby na funkcjonowanie dziecka w przedszkolu lub szkole:

c) proszę opisać dotychczas udzieloną pomoc psychologiczno-pedagogiczną i uzyskane efekty:

d) proszę wskazać, jakie działania – z punktu widzenia nauczyciela wychowania przedszkolnego – powinny być podjęte w celu usunięcia barier i ograniczeń utrudniających funkcjonowanie dziecka i jego uczestnictwo w życiu przedszkola/szkoły:

.....
Data, imię i nazwisko nauczyciela

.....
Podpis i pieczęć dyrektora szkoły

dot. ucznia klasy I-III szkoły podstawowej

Pieczęć szkoły

Szczecin,

Opinia nauczyciela wychowawcy klasy I-III szkoły podstawowej
dot. objęcia ucznia zindywidualizowaną ścieżką kształcenia

Informacja: 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 organizacji i dostosowania procesu nauczania do ich specjalnych potrzeb edukacyjnych. (Rozp. MEN z dn. 9.08.2017)

1. Imię i nazwisko ucznia, którego wniosek dotyczy:

.....

2. Data urodzenia i miejsce urodzenia

3. Adres zamieszkania

.....

4. Szkoła i klasa

.....

Opinia nauczyciela:

a) proszę opisać trudności w funkcjonowaniu ucznia, które uniemożliwiają mu udział w zajęciach edukacyjnych wspólnie z oddziałem szkolnym:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

b) w przypadku ucznia obejmowanego zindywidualizowaną ścieżką ze względu na stan zdrowia – proszę opisać wpływ przebiegu choroby na funkcjonowanie ucznia w szkole:

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

c) proszę opisać dotychczas udzieloną pomoc psychologiczno-pedagogiczną i uzyskane efekty:

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

d) proszę wskazać, jakie działania powinny być podjęte w celu usunięcia barier i ograniczeń utrudniających funkcjonowanie ucznia i jego uczestnictwo w życiu szkoły:

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

.....
Data, imię i nazwisko nauczyciela

.....
Podpis i pieczęć dyrektora szkoły

dot. ucznia kl. IV i powyżej klasy IV szkoły podstawowej

Pieczęć szkoły

Szczecin dnia.....

Opinia nauczyciela (proszę wpisać przedmiot).....

dot. objęcia ucznia zindywidualizowaną ścieżką kształcenia ww. przedmiotu.

Informacja: 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 organizacji i dostosowania procesu nauczania do ich specjalnych potrzeb edukacyjnych (Rozporządzenie MEN z dnia 9.08.2017 r.).

1. Imię i nazwisko ucznia, którego wniosek dotyczy:

.....

2. Data i miejsce urodzenia.....

3. Adres zamieszkania.....

4. Szkoła i klasa.....

Opinia nauczyciela:

a) Proszę opisać trudności w funkcjonowaniu ucznia, które uniemożliwiają mu udział w zajęciach edukacyjnych wspólnie z oddziałem szkolnym:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

b) W przypadku ucznia obejmowanego indywidualizowaną ścieżką ze względu na stan zdrowia – proszę opisać wpływ przebiegu choroby na funkcjonowanie ucznia w szkole:

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

c) Proszę opisać dotychczas udzieloną pomoc psychologiczno-pedagogiczną i uzyskane efekty:

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

d) Proszę wskazać, jakie działania – z punktu widzenia nauczyciela przedmiotu – powinny być podjęte w celu usunięcia barier i ograniczeń utrudniających funkcjonowanie ucznia i jego uczestnictwo w życiu szkoły:

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

.....

Data, imię i nazwisko nauczyciela

.....

podpis i pieczęć dyrektora szkoły

Opinia specjalisty udzielającego pomocy psychologiczno-pedagogicznej

w szkole lub przedszkolu

dot. objęcia ucznia zindywidualizowaną ścieżką kształcenia

Informacja: 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 organizacji i dostosowania procesu nauczania do ich specjalnych potrzeb edukacyjnych (Rozporządzenie MEN z dnia 9.08.2017 r.).

1. Imię i nazwisko ucznia, którego wniosek dotyczy:

.....

2. Data i miejsce urodzenia.....

3. Adres zamieszkania.....

4. Szkoła i klasa/Przedszkole.....

Opinia specjalisty udzielającego pomocy psychologiczno-pedagogicznej w szkole lub przedszkolu

a) proszę opisać dotychczas udzieloną pomoc psychologiczno-pedagogiczną i uzyskane efekty:

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

b) proszę wskazać, jakie działania powinny być podjęte w celu usunięcia barier i ograniczeń utrudniających funkcjonowanie ucznia i jego uczestnictwa w życiu szkoły/przedszkola

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

.....
data, imię i nazwisko specjalisty

.....
Podpis i pieczęć dyrektora szkoły/przedszkola

Pieczęć

Szczecin

Zaświadczenie lekarskie

dot. objęcia ucznia zindywidualizowaną ścieżką kształcenia lub zindywidualizowaną ścieżką realizacji obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego
ze względu na stan zdrowia

Informacja: 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 organizacji i dostosowania procesu nauczania do ich specjalnych potrzeb edukacyjnych (Rozporządzenie MEN z dnia 9.08.2017 r.).

Imię i nazwisko ucznia/dziecka.....

Data i miejsce urodzenia.....

Adres zamieszkania.....

1. Diagnoza (choroba główna)

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

2. Opis przebiegu choroby i dotychczasowe leczenie

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

3. Ocena wyniku leczenia i rokowania

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

4. Wpływ przebiegu choroby na funkcjonowaniu ucznia w szkole/przedszkolu oraz ograniczenia w zakresie możliwości udziału ucznia w zajęciach edukacyjnych wspólnie z oddziałem w szkole lub w przedszkolu.

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

5. Działania, jakie powinny być podjęte w celu usunięcia barier i ograniczeń utrudniających funkcjonowanie ucznia i jego uczestnictwo w życiu szkoły/przedszkola.

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

.....
Data. Podpis i pieczęć lekarza