………………………………………………. ………………………………………….

 (pieczęć szkoły/placówki) (miejscowość, data)

**OPINIA NAUCZYCIELI/SPECJALISTÓW**

**o funkcjonowaniu dziecka/ucznia w przedszkolu/szkole**

dla potrzeb Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Stargardzie

do wniosku o wydanie opinii o objęciu dziecka/ucznia

zindywidualizowaną ścieżką kształcenia

imię, nazwisko dziecka/ucznia:……………………..………………………………………………………………………………..

data i miejsce urodzenia:…………………………………………………………………………………………………………………

nazwa przedszkola/szkoły………………………………………………………………………………………klasa:………………

1. ANALIZA FUNKCJONOWANIA DZIECKA/UCZNIA W PRZEDSZKOLU/SZKOLE (wiedza, pamięć, koncentracja uwagi, uzdolnienia, zainteresowania, funkcjonowanie emocjonalno-społeczne, realizacja wy-magań programowych, motywacja, itp.)………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. OKREŚLENIE PROBLEMÓW UTRUDNIAJĄCYCH DZIECKU/UCZNIOWI FUNKCJONOWANIE W PRZED-SZKOLU/SZKOLE (trudności i potrzeby ucznia, zdiagnozowane choroby, poziom zdolności, umiejęt-ności , czynniki środowiskowe, itp.)…………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. INFORMACJE O DOTYCHCZAS PODEJMOWANYCH PRZEZ PRZEDSZKOLE/SZKOŁĘ DZIAŁANIACH MAJĄCYCH NA CELU POPRAWĘ FUNKCJONOWANIA DZIECKA/UCZNIA ORAZ UZYSKANE **EFEKTY TYCH DZIAŁAŃ** (w szczególności formy udzielanej pomocy psychologiczno-pedagogicznej, co udało się osiągnąć) …………………….…………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. ZAKRES ZAJĘĆ WYCHOWANIA PRZEDSZKOLNEGO/ZAJĘĆ EDUKACYJNYCH, JAKIE DZIECKO/UCZEŃ POWINIEN REALIZOWAĆ INDYWIDUALNIE W RAMACH ZINDYWIDUALIZOWANEJ ŚCIEŻKI KSZTAŁCENIA……………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…

DATA: PODPIS NAUCZYCIELA/WYCHOWAWCY: