**Załącznik Nr 1**

do Systemu Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej

w Technikum im. Wincentego Witosa

w Woli Osowińskiej

………………….………..… ………………….………..…

*(dane wnioskodawcy) (miejscowość, data)*

**Dyrektor**

Zespołu Szkół Rolniczych

w Woli Osowińskiej

**Zgoda rodzica na udostępnienie danych osobowych dziecka (dane wrażliwe)**

Zgodnie z art. 27 ust. 2 pkt 1 *Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych* (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 922 ze zm.) udzielam zgody Administratorowi Danych w …………………...….…………………………………………………………………………...

*(nazwa i adres szkoły)*

na udostępnienie danych mojego dziecka ………………………………………………………

*(imię i nazwisko dziecka)*

w zakresie ……………………………………………………………………………………………………………….….

*(wskazać zakres, np. informacje dotyczące alergii pokarmowych, chorób, dysfunkcji)*

pracownikom szkoły, rodzicom/opiekunom prawnym dzieci z grup zajęciowych, do których uczęszcza moje dziecko, innym osobom/podmiotom[[1]](#footnote-1): ………………………………………………………………………………………………………………………………...

*(wskazać kategorię osób/podmiotów)*

dla celów: …………………………………………………………………………………………………………..…….

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

*(wskazać cel, np. ochrona zdrowia i życia, w szczególności umożliwienie niesienia niezbędnej pomocy medycznej w sytuacji tego wymagającej)*

Mam świadomość, że podane przeze mnie dane mają charakter danych wrażliwych i podlegają szczególnej ochronie prawnej zgodnie z art. 27 *Ustawy o ochronie danych osobowych*.

Mam świadomość, że bez mojej wyraźnej zgody ww. dane nie będą udostępniane innym podmiotom niż wymienione powyżej oraz że przysługuje mi prawo dostępu do treści danych oraz możliwość ich poprawiania.

Zgody udzielam dobrowolnie.

………………………………………………..…

*(podpis)*

1. **Załącznik Nr 2**
2. do Systemu Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej

w Technikum im. Wincentego Witosa

1. w Woli Osowińskiej

………………….………..… ………………….………..…

*(dane wnioskodawcy) (miejscowość, data)*

**Dyrektor**

Zespołu Szkół Rolniczych

w Woli Osowińskiej

**WNIOSEK**

**O OBJĘCIE UCZNIA POMOCĄ PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNĄ**

Wnioskodawca: ………………………………………

Dotyczy: ucznia ………………………………………

Uzasadnienie potrzeby objęcia ucznia pomocą psychologiczno-pedagogiczną

…………………………………

(data) (podpis wnioskodawcy)

ROZPATRZENIE WNIOSKU

**DECYZJA DYREKTORA Nr** …………../……………

**w sprawie objęcia ucznia pomocą psychologiczno - pedagogiczną**

Pomocą psychologiczno-pedagogiczną dla ucznia …………………….. ……………………

zajmuje się Zespół w składzie: …………………………………………………………………..

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

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

koordynator Zespołu ……………………………………………………………………………….

…………………………………

(data) (podpis dyrektora)

1. **Załącznik Nr 3**
2. do Systemu Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej

w Technikum im. Wincentego Witosa

1. w Woli Osowińskiej

………………….………..… ………………….………..…

*(pieczęć szkoły) (miejscowość, data)*

**Sz. P. Pan/Pani**……………………………………………

(*imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego ucznia*)

………………………………………………………………………

(*adres zamieszkania*)

Niniejszym informuję, iż dla …………………………………………………………………

(*imię i nazwisko ucznia*),

zostały ustalone następujące formy pomocy psychologiczno-pedagogicznej, które będą realizowane w roku szkolnym ……………………...:

1)......……………………………………………………………………– w wymiarze ........... godzin tygodniowo,

– dzień tygodnia, godzina…………………………………………………………………………..,

2)................................................................................................................................

– w wymiarze ....................... godzin tygodniowo,

– dzień tygodnia, godzina…………………………………………………………………………….,

3)................................................................................................................................

– w wymiarze ............ godzin tygodniowo,

– dzień tygodnia, godzina…………………………………………………………………………….,

………………………………………………...

(podpis koordynatora zespołu)

...…………………………

(*podpis dyrektora*)

1. **Załącznik Nr 4**
2. do Systemu Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej

w Technikum im. Wincentego Witosa

1. w Woli Osowińskiej

………………….………..… ………...………………….………..…

*(dane wnioskodawcy) (miejscowość, data)*

**Dyrektor**

Zespołu Szkół Rolniczych

w Woli Osowińskiej

**WNIOSEK**

**w sprawie zakończenia udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej**

Wnioskodawca: ………………………………………

Dotyczy: ucznia: ………………………………………

Uzasadnienie zakończenia udzielania uczniowi pomocy psychologiczno-pedagogicznej

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

…………………………………

(data) (podpis wnioskodawcy)

ROZPATRZENIE WNIOSKU

**DECYZJA DYREKTORA Nr** …………../……………

**w sprawie zakończenia udzielania pomocy psychologiczno - pedagogicznej   
dla ucznia/uczennicy………………………………**

**Wyrażam zgodę** na zakończenie z dniem ………………udziału w zajęciach specjalistycznych, dydaktyczno-wyrównawczych oraz innych o charakterze terapeutycznym ucznia/uczennicy…………………………..  klasy…………Szkoły…………………………………………….  
w …………………………………………………………………

**Uzasadnienie:**

Podstawą zakończenia udziału w zajęciach specjalistycznych -objętego/ej\* decyzją nr ……….. z dnia ………. jest wniosek rodzica/nauczyciela prowadzącego zajęcia specjalistyczne.

Przedstawiona opinia wskazuje ………………………

………………………………… …………………………………

(data) (podpis dyrektora)

1. **Załącznik Nr 5**
2. do Systemu Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej

w Technikum im. Wincentego Witosa

1. w Woli Osowińskiej

**Indywidualny program edukacyjno-terapeutyczny**

**na rok szkolny** ........................

Opracowany w dniu……………………. dla:

………………………………………………………………… kl.………………

**Podstawa opracowanego programu:**

Orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego, nr ……………. z dnia………………..

wydane przez…………………………………………………………………………………

1. **NAZWA PROGRAMU** – Indywidualny Pogram Edukacyjno – Terapeutyczny

z zakresu …………………………………………………………………………………..

1. **PRZEZNACZENIE PROGRAMU:**

Program jest przeznaczony dla ……………………………………………….., ucznia klasy …….. Szkoły……………………….. ……………..w …………………..................... Będzie realizowany w ciągu roku szkolnego ........w wymiarze ….. godzin tygodniowo. Zajęcia będą odbywały się w ……………………………………………………………

1. **CELE:**

* **rewalidacyjne:**
* ………………………………………………………………………………………………………………………….
* ………………………………………………………………………………………………………………………….
* ………………………………………………………………………………………………………………………….
* ………………………………………………………………………………………………………………………….
* ………………………………………………………………………………………………………………………….
* **resocjalizacyjne:**
* ………………………………………………………………………………………………………………………….
* ………………………………………………………………………………………………………………………….
* ………………………………………………………………………………………………………………………….
* ………………………………………………………………………………………………………………………….
* ………………………………………………………………………………………………………………………….

- **socjoterapeutyczne:**

* ………………………………………………………………………………………………………………………….
* ………………………………………………………………………………………………………………………….
* ………………………………………………………………………………………………………………………….
* ………………………………………………………………………………………………………………………….
* ………………………………………………………………………………………………………………………….
* **edukacyjne:**
* ………………………………………………………………………………………………………………………….
* ………………………………………………………………………………………………………………………….
* ………………………………………………………………………………………………………………………….
* ………………………………………………………………………………………………………………………….
* ………………………………………………………………………………………………………………………….
* **wychowawcze:**
* ………………………………………………………………………………………………………………………….
* ………………………………………………………………………………………………………………………….
* ………………………………………………………………………………………………………………………….
* ………………………………………………………………………………………………………………………….
* ………………………………………………………………………………………………………………………….
* **związane z wyborem kierunku kształcenia i zawodu:**
* ………………………………………………………………………………………………………………………….
* ………………………………………………………………………………………………………………………….
* ………………………………………………………………………………………………………………………….
* ………………………………………………………………………………………………………………………….
* ………………………………………………………………………………………………………………………….

1. **PROCEDURA OSIĄGANIA CELÓW**

**Metody pracy:**

* ………………………………………………………………………………………………………………………….
* ………………………………………………………………………………………………………………………….
* ………………………………………………………………………………………………………………………….
* ………………………………………………………………………………………………………………………….
* ………………………………………………………………………………………………………………………….

**Formy pracy:**

* ………………………………………………………………………………………………………………………….
* ………………………………………………………………………………………………………………………….
* ………………………………………………………………………………………………………………………….
* ………………………………………………………………………………………………………………………….

**Sposoby udzielania pomocy:**

* ………………………………………………………………………………………………………………………….
* ………………………………………………………………………………………………………………………….
* ………………………………………………………………………………………………………………………….
* ………………………………………………………………………………………………………………………….

1. **PRZEWIDYWANE OSIĄGNIĘCIA UCZNIA:**

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

1. **SPOSOBY EWALUACJI:**

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

DATA, PODPIS CZŁONKÓW ZESPOŁU:

1. ……………………………………………………………
2. ……………………………………………………………
3. ……………………………………………………………
4. ……………………………………………………………
5. ……………………………………………………………
6. ……………………………………………………………

**A. Informacja o uczniu**:

1. Diagnoza medyczna: należy wskazać rodzaj dokumentów i rozpoznania będącego podstawą do udzielania uczniowi pomocy psychologiczno-pedagogicznej oraz zalecenia

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

1. Diagnoza psychologiczno - pedagogiczna (*należy wskazać rodzaj dokumentów i rozpoznania będącego podstawą do udzielania uczniowi pomocy psychologiczno-pedagogicznej oraz zalecenia)*:

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

1. Charakterystyka ucznia *(indywidualne potrzeby rozwojowe i edukacyjne, mocne strony, predyspozycje, zainteresowania i uzdolnienia ucznia):*

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

1. Sytuacja rodzinna:

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

**B. Osoby uczestniczące w procesie wspomagania rozwoju:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko członka zespołu** | **Specjalność członka zespołu** | **Podpis** |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
| 5. |  |  |  |
| 6. |  |  |  |
| 7. |  |  |  |
| 8. |  |  |  |
| 9. |  |  |  |
| 10. |  |  |  |

**C. Zakres dostosowań wymagań edukacyjnych do indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych oraz możliwości psychofizycznych ucznia:**

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

**D. Rodzaj i zakres zintegrowanych działań nauczycieli i specjalistów prowadzących zajęcia z uczniem:**

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

**F. Pomoc psychologiczno - pedagogiczna udzielana uczniowi:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Formy pomocy | Sposoby pomocy | Osoba odpowiedzialna za realizację | Okres udzielania pomocy | Tygodniowy wymiar realizacji formy pomocy |
| Klasa terapeutyczna |  |  |  |  |
| Zajęcia rozwijające uzdolnienia |  |  |  |  |
| Zajęcia rozwijające  umiejętności uczenia się |  |  |  |  |
| Zajęcia dydaktyczno - wyrównawcze |  |  |  |  |
| Zajęcia korekcyjno - kompensacyjne |  |  |  |  |
| Zajęcia logopedyczne |  |  |  |  |
| Zajęcia socjoterapeutyczne |  |  |  |  |
| Inne zajęcia  o charakterze terapeutycznym |  |  |  |  |
| Zajęcia związane z wyborem kierunku kształcenia  i zawodu |  |  |  |  |
| Zindywidualizowana ścieżka kształcenia |  |  |  |  |
| Porady i konsultacje dla uczniów |  |  |  |  |
| Warsztaty dla uczniów |  |  |  |  |
| Porady, konsultacje, warsztaty  i szkolenia dla rodziców |  |  |  |  |
| Porady, konsultacje, warsztaty  szkolenia dla nauczycieli |  |  |  |  |

**G. Działania wspierające rodziców ucznia:**

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

**H. Zakres współpracy nauczycieli i specjalistów z rodzicami uczniów** (*zalecenia dla rodziców)***.**

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

**I. Zakres współdziałania z poradniami psychologiczno-pedagogicznymi, w tym poradniami specjalistycznymi, placówkami doskonalenia nauczycieli, organizacjami pozarządowymi oraz innymi instytucjami działającymi na rzecz rodziny, dzieci i uczniów, itp. W procesie diagnostycznym i postdiagnostycznym:**

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

**J. Zajęcia odpowiednie ze względu na indywidualne potrzeby edukacyjne i rozwojowe oraz możliwości psychofizyczne ucznia:**

1. Rewalidacyjne.
2. Resocjalizacyjne.
3. Socjoterapeutyczne.
4. Związane z wyborem kształcenia i zawodu.
5. Inne:

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

**K. Okresowa wielospecjalistyczna ocena poziomu funkcjonowania ucznia (nie rzadziej niż dwa razy w roku szkolnym – raz po każdym semestrze):**

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

**L. Okresowa ocena efektywności programu w zakresie dostosowań:**

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

**Na posiedzeniu w dniu ……………………………. Zespół dokonał oceny poziomu funkcjonowania ucznia w roku szkolnym ……………………:.**

|  |
| --- |
| Ustalenia dotyczące oceny poziomu funkcjonowania ucznia: |

**Na posiedzeniu w dniu ……………………………. zespół dokonał oceny efektywności programu w roku szkolnym ……………………:.**

|  |
| --- |
| Ustalenia dotyczące oceny efektywności programu: |
| Ustalenia dotyczące modyfikacji programu (w miarę potrzeb): |

**Oceny dokonał zespół w składzie:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko członka zespołu | Specjalność członka zespołu | Podpis |
| 1*.* |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
| 5. |  |  |  |
| 6. |  |  |  |
| 7. |  |  |  |
| 8. |  |  |  |
| 9. |  |  |  |
| 10. |  |  |  |

**L. Uwagi:**

1. **Zespołu:**

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

**2. Rodziców ucznia:**

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

…………………………………………………………………..………

(podpis obecnego na zespole rodzica/ prawnego opiekuna)

1. **Załącznik Nr 6**
2. do Systemu Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej

w Technikum im. Wincentego Witosa

1. w Woli Osowińskiej

**ARKUSZ WIELOSPECJALISTYCZNEJ OCENY FUNKCJONOWANIA UCZNIA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko ucznia** | |  | | | **Data urodzenia** | |  |
| **Dane szkoły** | |  | | | **Klasa** | |  |
| **Wychowawca** | |  |
| **DIAGNOZY CZĄSTKOWE** | | | | | | | |
| **Źródło informacji** | **Analiza funkcjonowania** | | | | | | |
| **Analiza orzeczenia** |  | | | | | | |
| **Informacje medyczne – analiza dokumentacji, informacje od lekarzy** |  | | | | | | |
| **Obserwacje wychowawcy**  **- zakres i charakter wsparcia** |  | | | | | | |
| **Obserwacje nauczycieli**  **- zakres i charakter wsparcia** |  | | | | | | |
| **Informacje pedagoga**  **- zakres i charakter wsparcia** |  | | | | | | |
| **Informacja doradcy zawodowego**  **- zakres i charakter wsparcia** |  | | | | | | |
| **Inni specjaliści**  **- zakres i charakter wsparcia** |  | | | | | | |
| **Informacje od rodziców ucznia** |  | | | | | | |
| **Analiza prac ucznia** |  | | | | | | |
| **Inne źródła** …………………………………….. |  | | | | | | |
| **PODSUMOWANIE OCENY FUNKCJONOWANIA UCZNIA (na podstawie diagnoz cząstkowych)** | | | | | | | |
| **Obszar funkcjonowania** | | | **Opis funkcjonowania dziecka w danym obszarze** | | | **Potrzeby wynikające z diagnozy dziecka w danym obszarze** | |
| **Mocne strony** | **Słabe strony** | |
| **Ogólna sprawność fizyczna ucznia** (motoryka duża) | | |  |  | |  | |
| **Sprawność rąk ucznia** (motoryka mała) | | |  |  | |  | |
| **Zmysły** (wzrok, słuch, czucie, węch, równowaga) **i integracja sensoryczna** | | |  |  | |  | |
| **Komunikowanie się oraz artykulacja** | | |  |  | |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Sfera poznawcza** *(indywidualne potrzeby rozwojowe i edukacyjne opanowanie technik szkolnych, zakres opanowanych treści programowych, osiągnięcia i trudności, pamięć, uwaga, myślenie)* |  |  |  |
| **Sfera emocjonalno-motywacyjna**  *(radzenie sobie z emocjami, motywacja do nauki i pokonywania trudności itp.)* |  |  |  |
| ***Sfera społeczna*** *(kompetencje społeczne, relacje z dorosłymi, relacje z rówieśnikami itp.)* |  |  |  |
| **Samodzielność** |  |  |  |
| **Mocne strony, predyspozycje, zainteresowania i uzdolnienia ucznia** |  |  |  |
| **Stan zdrowia ucznia (w tym przyjmowane leki** |  |  |  |

1. **Załącznik Nr 7**
2. do Systemu Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej

w Technikum im. Wincentego Witosa

1. w Woli Osowińskiej

**Arkusz oceny efektów pomocy psychologiczno-pedagogicznej udzielanej uczniowi przez pedagoga szkolnego, wychowawcę/ nauczyciela**

**Imię i nazwisko ucznia:** ……………………………………………………………………..………….

**Forma pomocy:** ……………………………………………………………………………………………

**Przyjęte cele:** ……………………………………………………………………………………………….

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

**Liczba spotkań:** **zaplanowanych** …………………….. **odbytych** …………………………….

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Pytania kluczowe** | **Ocena ucznia** | | **Ocena rodziców** | | **Ocena nauczycieli** | | **Uwagi** | |
| **Tak** | **Nie** | **Tak** | **Nie** | **Tak** | **Nie** |
| Czy uczeń chętnie uczestniczył w spotkaniach? |  |  |  |  |  |  |  | |
| Czy odpowiadała mu organizacja zajęć i panująca atmosfera. |  |  |  |  |  |  |  | |
| Czy w efekcie uzyskanej pomocy uczeń: | | | | | | | | |
| * Systematycznie uczęszcza na lekcje, zmniejszyła się liczba wagarów. |  |  |  |  |  |  | |  |
| * Uzyskuje lepsze wyniki w nauce. |  |  |  |  |  |  | |  |
| * Jest bardziej aktywny, częściej się uczy się, odrabia prace domowe. |  |  |  |  |  |  | |  |
| * Nie wchodzi w trudne, konfliktowe sytuacje. |  |  |  |  |  |  | |  |
| * Ma mniejszą liczbę uwag ze strony nauczycieli, wyższą ocenę z zachowania. |  |  |  |  |  |  | |  |
| * Jest akceptowany w grupie rówieśniczej. |  |  |  |  |  |  | |  |
| * Nabył takie cechy jak: pewność siebie, wytrwałość w działaniu? |  |  |  |  |  |  | |  |
| * Chętniej podejmuje się różnych nowych zadań i częściej ma poczucie sukcesu? |  |  |  |  |  |  | |  |
| * W trudnej sytuacji potrafi poprosić o pomoc drugą osobę. |  |  |  |  |  |  | |  |
| W jakim stopniu w wyniku prowadzonych zajęć zostały wyrównane lub maksymalnie zredukowane deficyty rozwojowe u ucznia? | | | | | | | | |
| * nie zredukowano * zredukowano w niewielkim stopniu * zredukowano * znacznie zredukowano |  |  |  |  |  |  | |  |
| Inne |  |  |  |  |  |  | |  |

**Komentarz:**

Co warto kontynuować z uczniem na przyszłość:

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

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

(podpis wypełniającego arkusz) (podpis nauczyciela)

1. **Załącznik Nr 8**
2. do Systemu Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej

w Technikum im. Wincentego Witosa

1. w Woli Osowińskiej

**Karta obserwacji uczestnika zajęć** ……………………………………………………………..

założony na rok szkolny ……../……. dla………………………………………………………………………………..

(imię i nazwisko dziecka)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Obszar obserwacji** | **Data obserwacji** | **Imię i nazwisko nauczyciela** | **Uwagi nauczyciela** |
| Duża motoryka: postawa, lokomocja, koordynacja ruchów |  |  |  |
|  |  |  |
| Mała motoryka: koordynacja ruchów rąk, koordynacja wzrokowo-ruchowa, manipulacja |  |  |  |
|  |  |  |
| Podejmowanie aktywności własnej, niekierowanej |  |  |  |
|  |  |  |
| Koordynacja uwagi, w tym czas tej koordynacji podczas aktywności własnej: w zabawie, przy wykonywaniu zadań |  |  |  |
|  |  |  |
| Współdziałanie w różnych sytuacjach, w tym czas tego współdziałania |  |  |  |
|  |  |  |
| Opanowanie nowych umiejętności: tempo, trwałość i stopień trudności |  |  |  |
|  |  |  |
| Dominujący nastrój i emocje |  |  |  |
|  |  |  |
| Gotowość do kontaktów, w tym rodzaje i kierunek kontaktów |  |  |  |
|  |  |  |
| Umiejętności w zakresie samoobsługi |  |  |  |
|  |  |  |
| Udział w czynnościach porządkowych |  |  |  |
|  |  |  |
| Zachowania trudne: opis tych zachowań i sytuacji, w jakich występują, także reakcji nauczyciela na te zachowania |  |  |  |
|  |  |  |
| Sposób komunikowania się z otoczeniem |  |  |  |
|  |  |  |
| Inne istotne zachowania |  |  |  |
|  |  |  |

…………………………………….………………….

(podpis prowadzącego zajęcia

1. **Załącznik Nr 9**
2. do Systemu Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej

w Technikum im. Wincentego Witosa

1. w Woli Osowińskiej

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

*(pieczęć szkoły) (miejscowość, data)*

**Sz. P. Dyrektor**

Publicznej Poradni Psychologiczno - Pedagogicznej

w Radzyniu Podlaskim

**WNIOSEK**

**o przeprowadzenie diagnozy i wskazanie sposobu rozwiązania problemu ucznia**

Dotyczy ucznia: …………………………………………………………………………………………….

imię/imiona i nazwisko ucznia:

Data urodzenia: ................................................................................................................................

Szkoła/klasa ........................................................................................................................................

**Uzasadnienie:**

Niniejszym informujemy, iż dla ww. ucznia/uczennicy zostały ustalone w szkole następujące formy pomocy psychologiczno-pedagogicznej, które były realizowana w roku szkolnym ……………………...

1)......…………………………………………………………………………………………………….– w wymiarze ........... godzin tygodniowo,

2)................................................................................................................................

– w wymiarze ............ godzin tygodniowo,

3)................................................................................................................................

– w wymiarze ............ godzin tygodniowo,

Pomimo udzielanej uczniowi/uczennicy pomocy psychologiczno – pedagogicznej   
w przedszkolu/szkole/placówce – za pisemną zgodą rodziców ucznia/pełnoletniego ucznia   
– zwracamy się z wnioskiem o przeprowadzenie diagnozy i wskazanie sposobu rozwiązania problemu ucznia.

Poniżej przedstawiamy wymagane informacje.

1. **Rozpoznane indywidualne potrzeby rozwojowe i edukacyjne oraz możliwości psychofizyczne ucznia oraz jego potencjał rozwojowy:**

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

**2. Występujące trudności w funkcjonowaniu ucznia w przedszkolu/szkole/placówce lub jego szczególne uzdolnienia:**

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

**3. Działania podjęte przez nauczycieli, wychowawcę, specjalistów w celu poprawy funkcjonowania ucznia w przedszkolu/szkole/placówce, formach pomocy psychologiczno   
- pedagogicznej udzielanej uczniowi w przedszkolu/szkole/ placówce, okresie ich udzielania oraz efektach podjętych działań i udzielanej pomocy:**

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

**4. Wnioski dotyczące dalszej pracy z uczniem, z których wynika, że pomimo udzielanej uczniowi pomocy psychologiczno - pedagogicznej w przedszkolu/szkole/placówce nie następuje poprawa funkcjonowania ucznia w przedszkolu/szkole/placówce:**

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

…………………………………

(data) (podpis dyrektora)

1. **Załącznik Nr 10**
2. do Systemu Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej

w Technikum im. Wincentego Witosa

1. w Woli Osowińskiej

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

*(dane wnioskodawcy) (miejscowość, data)*

**Dyrektor**

Zespołu Szkół Rolniczych

w Woli Osowińskiej

**Zgoda rodzica na wystąpienie przez przedszkole/szkołę/placówkę**

**do Publicznej Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej**

**z wnioskiem o przeprowadzenie diagnozy**

**i wskazanie sposobu rozwiązania problemu dziecka**

Zgodnie z art. 27 ust. 2 pkt 1 *Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych* (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 922 ze zm.) udzielam zgody Administratorowi Danych

w …………………...….…………………………………………………………………………...

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

*(nazwa i adres szkoły)*

na udostępnienie danych mojego dziecka ………………………………………………………

*(imię i nazwisko dziecka)*

w zakresie wystąpienia przedszkola/szkoły/placówki z wnioskiem do Publicznej Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w ……………………………………o przeprowadzenie diagnozy   
i wskazanie sposobu rozwiązania problemu dziecka

Mam świadomość, że podane przeze mnie dane mają charakter danych wrażliwych i podlegają szczególnej ochronie prawnej zgodnie z art. 27 *Ustawy o ochronie danych osobowych*.

Mam świadomość, że bez mojej wyraźnej zgody ww. dane nie będą udostępniane innym podmiotom niż wymienione powyżej oraz że przysługuje mi prawo dostępu do treści danych oraz możliwość ich poprawiania.

Zgody udzielam dobrowolnie.

………………….………..…

*(data, podpis)*

1. Wskazać właściwe. [↑](#footnote-ref-1)