………………….. Mosina, …………........

 pieczęć szkoły

**Karta pomocy psychologiczno-pedagogicznej**

 **Imię i nazwisko ucznia: Rok szkolny: Klasa:**

………………………………….. …………………….. …………

Zalecane formy pomocy psychologiczno-pedagogicznej:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Forma** | **Dzień tygodnia, godzina zajęć, osoba prowadząca, nr sali** | **Wyrażam/nie wyrażam zgody, \* zakreślić w kółko** | **Podpis rodzica/opiekuna prawnego** |
| Zajęcia korekcyjno-kompensacyjne (*terapia pedagogiczna)* |  |  TAK/NIE |  |
| Zajęcia logopedyczne |  |  TAK/NIE |  |
| Zajęcia rozwijające kompetencje społeczno-emocjonalne |  |  TAK/NIE |  |
| Zajęcia dydaktyczno-wyrównawcze *(w klasach starszych wskazać konkretnie z jakiego przedmiotu)* |  |  TAK/NIE |  |
| Inne: |  |  TAK/NIE |  |

Dostosowania wymagań oraz form i metod pracy do indywidualnych potrzeb ucznia, wynikające z:

* aktualnej opinii PPP bądź innego dokumentu diagnostycznego
* diagnozy szkolnej (załącznik 1)

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

 Podpis wychowawcy klasy Podpis dyrektora szkoły

*Załącznik nr 1.*

|  |  |
| --- | --- |
| **Podstawa włączenia ucznia do zajęć z zakresu pomocy psychologiczno-pedagogicznej** | **Formy i metody pracy z uczniem oraz zakres dostosowań** |
|  |  |

 ……………………………………………

 podpis nauczyciela/specjalisty