*Załącznik nr 1-wniosek rodzica*

 Dyrektor

 Zespołu Szkół im. Św. Jadwigi Śląskiej

 we Wleniu

**Wniosek o objęcie pomocą psychologiczno-pedagogiczną**

**ucznia/uczennicy ……………………………………………………….………… kl. ……....**

**Zgłaszający/imię i nazwisko:** Rodzic/opiekun prawny …………………………………………………………………………..

1. **Potrzeba objęcia pomocą psychologiczno-pedagogiczną wynika z (podkreślić właściwe**):

**Niepełnosprawności/ niedostosowania społecznego/zagrożenia niedostosowaniem społecznym/zaburzeń zachowania lub emocji;/szczególnych uzdolnień/specyficznych trudności w uczeniu się;/deficytów kompetencji i zaburzeń sprawności językowych;/choroby przewlekłej;/sytuacji kryzysowej lub traumatycznej;/niepowodzeń edukacyjnych;/ zaniedbań środowiskowych związanych z sytuacją bytową ucznia i jego rodziny,/sposobem spędzania czasu wolnego i kontaktami środowiskowymi;**

**/trudności adaptacyjnych związanych z różnicami kulturowymi lub ze zmianą środowiska edukacyjnego, w tym związanych z wcześniejszym kształceniem za granicą.**

Opis trudności dziecka w szkole (wypełnia rodzic):………………………………………………………………

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

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

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

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

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

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

1. **Proponowane formy pomocy psychologiczno – pedagogicznej *(podkreślić):***
	1. zajęcia rozwijające uzdolnienia (jakie) ………………………………………...………;
	2. zajęcia rozwijające umiejętności uczenia się;
	3. zajęcia dydaktyczno – wyrównawcze (jakie) …………………………….………….;
	4. zajęcia specjalistyczne: korekcyjno-kompensacyjne, logopedyczne, rozwijające kompetencje emocjonalno--społeczne oraz inne zajęcia o charakterze terapeutycznym  *(podkreślić);*

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

1. zajęcia związane z wyborem kierunku kształcenia i zawodu;
2. zindywidualizowana ścieżki kształcenia;
3. porady i konsultacje (z psychologiem/pedagogiem) …………….…...………………………………………….;
4. warsztaty (jakie?) ……………………………….……………………………………...
5. **Załączniki** (*właściwe podkreślić):* (opinia z poradni, orzeczenie z poradni, zaświadczenie lekarskie)/ brak załączników:……………………………………………………………....................................
6. **Inne informacje ważne zdaniem Rodzica**: …………………………………………………………

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

 ……………………. …………..………………………...

 *data podpis*

*Załącznik nr 2 –odpowiedź dyrektora*

Wleń,……………………..

.……………………………………………………

 *(imię i nazwisko rodzica)*

Dyrektor Szkoły Podstawowej w Zespole Szkół im. Św. Jadwigi Śląskiej we Wleniu wraz z wychowawcą klasy informują, że w wyniku analizy wniosku o objęcie pomocą psychologiczno- pedagogiczną dla ucznia/uczennicy ………………………………………………………….., klasy………, w roku szkolnym ………..**zostały określone następujące dobrowolne i nieodpłatne** formy pomocy, które mogą być realizowane na terenie szkoły:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Formy udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej** | Okres udzielania(od ….do) | Wymiar godzin w tygodniu | Uwagi |
| Nazwa zajęć: **terapia pedagogiczna (zajęcia korekcyjno-kompensacyjne)** |  |  |  |
| Nazwa zajęć: **terapia logopedyczna** |  |  |  |
| Nazwa zajęć: **zajęcia rozwijające kompetencje** **społeczno-emocjonalne** |  |  |  |
| Nazwa zajęć: **terapia integracji sensorycznej** |  |  |  |
| Nazwa zajęć: **zajęcia rozwijające umiejętności uczenia się** |  |  |  |
| Nazwa zajęć: **zajęcia wyrównawcze z** ………………… |  |  |  |
| Nazwa zajęć: **zajęcia wyrównawcze** z …………………… |  |  |  |
| Nazwa zajęć: zajęcia rozwijające uzdolnienia z …………………… |  |  |  |
| Nazwa zajęć: **zajęcia z języka polskiego dla uczniów cudzoziemców****Lub powracających z zagranicy** |  |  |  |
| **Konsultacje z psychologiem szkoły/pedagogiem szkoły** |  |  |  |
| Inne:(jakie): |  |  |  |
| Dostosowanie wymagań edukacyjnych: tak nie  |  |  |  |

  ……………………………. ……………………………….

 *Podpis Wychowawcy Podpis Dyrektora*

Potwierdzam, że zapoznałem się z formami, okresem oraz wymiarem godzin przyznanej pomocy.

 **Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody**\*(właściwe podkreślić) na objęcie pomocą psychologiczno – pedagogiczną mojego dziecka i jego udział w proponowanych przez szkołę zajęciach. Zobowiązuję się do motywowania mojego dziecka do udziału w zajęciach oraz kontrolowania jego frekwencji na zajęciach.

……………………………………..

*Podpis rodzica/prawnego opiekuna*

Podstawa prawna: §23 ust 1 i 2 Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r w sprawie zasad organizacji udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach , szkołach i placówkach (Dz. U. z 2017 r poz 1591)

*Załącznik 3 – nauczyciele/instytucje*

 Dyrektor

 Zespołu Szkół im. Św. Jadwigi Śląskiej

 We Wleniu

**Wniosek o objęcie pomocą psychologiczno-pedagogiczną**

**ucznia/uczennicy ……………………………………………………….………… kl. ……....**

**Zgłaszający/imię i nazwisko oraz instytucja:………………………………………………………………….....**

/Nauczyciel, wychowawca, specjalista, dyrektor szkoły, przedstawiciel poradni, pomoc nauczyciela, asystent nauczyciela, pracownik socjalny, asystent rodziny, kurator sądowy, pielęgniarka środowiskowa/higienistka szkolna, asystent edukacji romskiej, organizacji pozarządowej, innej instytucji lub podmiotu działających na rzecz rodziny, dzieci i młodzieży/

**1.Potrzeba objęcia pomocą psychologiczno-pedagogiczną wynika z (podkreślić właściwe):**

1. niepełnosprawności;
2. niedostosowania społecznego;
3. zagrożenia niedostosowaniem społecznym;
4. zaburzeń zachowania lub emocji;
5. szczególnych uzdolnień;
6. specyficznych trudności w uczeniu się;
7. deficytów kompetencji i zaburzeń sprawności językowych;
8. choroby przewlekłej;
9. sytuacji kryzysowej lub traumatycznej;
10. niepowodzeń edukacyjnych;
11. zaniedbań środowiskowych związanych z sytuacją bytową ucznia i jego rodziny, sposobem spędzania czasu wolnego i kontaktami środowiskowymi;
12. trudności adaptacyjnych związanych z różnicami kulturowymi lub ze zmianą środowiska edukacyjnego, w tym związanych z wcześniejszym kształceniem za granicą.
13. Wyniki obserwacji ucznia przez nauczyciela/nauczycieli (opis trudności)

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

**2. Proponowane formy pomocy psychologiczno – pedagogicznej *(podkreślić):***

1. zajęcia rozwijające uzdolnienia (jakie) ………………………………………...………;
2. zajęcia rozwijające umiejętności uczenia się;
3. zajęcia dydaktyczno – wyrównawcze (jakie) …………………………….………….;
4. zajęć specjalistycznych: (korekcyjno-kompensacyjnych, logopedycznych, rozwijających kompetencje emocjonalno--społeczne oraz innych zajęć o charakterze terapeutycznym)…………………………………………………………………….
5. zajęcia związane z wyborem kierunku kształcenia i zawodu;
6. zindywidualizowanej ścieżki kształcenia;
7. porady i konsultacje (jakie) …………….…...………………………………………….;
8. warsztaty (jakie?) ……………………………….……………………………………...

3**. Załączniki** (*właściwe podkreślić):* opinia z poradni, orzeczenie z poradni, zaświadczenie lekarskie, brak załączników.

**4. Inne informacje ważne zdaniem Wnioskodawcy**: ………………………………………………………………

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

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

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

 Data ………….. podpis ……………………..

**Załącznik nr 4 – wniosek logopedy**

 Dyrektor

 Zespołu Szkół im. Św. Jadwigi Śląskiej

 We Wleniu

**Wniosek nauczyciela specjalisty - logopedy o objęcie pomocą psychologiczno-pedagogiczną**

**ucznia/uczennicy/grupy uczniów - …………………………………………..**

**Po przeprowadzeniu badań przesiewowych i diagnostycznych w klasie … w roku szkolnym ………………..**

**wnioskuję o objęcie pomocą psychologiczno-pedagogiczną następujących uczniów w postaci zajęć terapii logopedycznej:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Imię i nazwisko ucznia/uczennicy** | **Klasa**  | **Diagnoza logopedyczna, opis trudności ………………………………** |
| **1** |  |  |  |
| **2** |  |  |  |
| **3** |  |  |  |
| **4** |  |  |  |
| **5** |  |  |  |
| **6** |  |  |  |
| **7** |  |  |  |
| **8** |  |  |  |
| **9** |  |  |  |
| **10** |  |  |  |

Data ………….. podpis………………………………………………

*Załącznik 5 – ewaluacja udzielanej pomocy psychologiczno-pedagogicznej*

**Ewaluacja udzielanej pomocy psychologiczno-pedagogicznej w roku szkolnym ……………… półrocze…………….**

**Nazwa zajęć specjalistycznych**:………………………………………………………………………………..........................................

terapia pedagogiczna/zajęcia korekcyjno-kompensacyjne/terapia logopedyczna/zajęcia wyrównawcze z …../ zajęcia rozwijające kompetencje społeczno-emocjonalne/zajęcia z języka polskiego dla ucznia cudzoziemca lub powracającego z zagranicy/ konsultacje psychologiczne/ terapia integracji sensorycznej/ warsztaty z umiejętności uczenia się/inne………………

**Nauczyciel prowadzący**:……………………………………………………………………………………………………………………………………

Imię i nazwisko ucznia:…………………………………………………………................. Klasa: ……………….

Posiada opinię poradni tak/nie

1. **Jakie cele terapii zostały osiągnięte? (jakie umiejętności uczeń poprawił, rozwinął, jaką wiedzę opanował, w jakim stopniu)**

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

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

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

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

1. **Frekwencja:** (procentowa lub obecność/ilość spotkań)…………………………………………………………………………………………………….
2. **Wnioski do dalszej pracy w II półroczu/ w przyszłym roku: (Przykłady: nad czym należy dalej pracować, czy terapia powinna być nadal kontynuowana/zakończona/czy forma pomocy powinna być zmieniona?)**

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

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

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

 Data i czytelny podpis nauczyciela terapeuty

*Załącznik nr 6 – informacja dyrektora szkoły o zajęciach rewalidacyjnych i specjalistycznych*

 Wleń,………………….

 Pani/Pan

……………………………….

……………………………….

Szanowni Państwo,

Dyrektor Zespołu Szkół im. Świętej Jadwigi Śląskiej we Wleniu wraz w Wychowawcą informuje, że dla Państwa syna/córki …………………………………………………….częszczającego/uczęszczającej do naszej szkoły ustalono w roku szkolnym następujące zajęcia rewalidacyjne oraz formy udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zajęcia rewalidacyjne**.\*dotyczy uczniów posiadających orzeczenia | Okres udzielania(np. rok szkolny 2021/2022) | Wymiar godzin w tygodniu | Uwagi |
| Nazwa zajęć: |  |  |  |
| Nazwa zajęć: |  |  |  |
| Nazwa zajęć: |  |  |  |
| Nazwa zajęć: |  |  |  |
| Nazwa zajęć: |  |  |  |
| Nazwa zajęć:  |  |  |  |
| Dostosowanie wymagań edukacyjnych: tak nie  |  |  |  |
| **Formy udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej** | Okres udzielania | Wymiar godzin w tygodniu  | Uwagi |
| Nazwa zajęć: |  |  |  |
| Nazwa zajęć: |  |  |  |
| Nazwa zajęć: |  |  |  |
| Nazwa zajęć: |  |  |  |

Podstawa prawna: §23 ust 1 i 2 Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r w sprawie zasad organizacji udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach , szkołach i placówkach (Dz. U. z 2017 r poz 1591)

 Z poważaniem

Oświadczenie rodzica/prawnego opiekuna: **Wyrażam zgodę/Nie wyrażam zgody na w/w zajęcia.**

**Uwagi rodzica/prawnego opiekuna:………………………………………………………………………………………………**

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

 ……………………………………………………..

 /podpis rodzica/

 Wleń,…………………

 Sz. P.

 ……………………………………….

 ……………………………………….

Szanowni Państwo,

Dyrektor Zespołu Szkół im. Świętej Jadwigi Śląskiej we Wleniu wraz z Wychowawcą Klasy zaprasza Państwa

na konsultacje – indywidualne spotkania z nauczycielami w dniu ………………. w godzinach od ……… do………..,

w związku z trudnościami ……………………………………………. (dydaktycznymi/wychowawczymi) Państwa dziecka z

następujących przedmiotów: ………………………………………………………………………………………………….

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

 Z poważaniem

 Wychowawca Klasy - …………………………….

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

 Wleń,…………………

 Sz. P.

 ……………………………………….

 ……………………………………….

Szanowni Państwo,

Dyrektor Zespołu Szkół im. Świętej Jadwigi Śląskiej we Wleniu wraz z Wychowawcą Klasy zaprasza Państwa

na konsultacje – indywidualne spotkania z nauczycielami w dniu ………………. w godzinach od ……… do………..,

w związku z trudnościami ……………………………………………. (dydaktycznymi/wychowawczymi) Państwa dziecka z

następujących przedmiotów: ………………………………………………………………………………………………….

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

 Z poważaniem

 Wychowawca Klasy - …………………………….