

Załącznik nr 3 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w ramach projektu

.....  
Pieczęć szkoły

**Opinia wychowawcy klasy/pedagoga/pedagoga specjalnego / psychologa szkolnego/innego specjalisty  
dotycząca indywidualnej potrzeby udziału ucznia/uczennicy w projekcie:**

**„Edukacja włączająca w Szkole Podstawowej nr 1 im. Mikołaja Kopernika w Olkuszu”**

Imię i nazwisko ucznia/uczennicy.....

Klasa ..... Rok szkolny .....

NALEŻY WYPEŁNIĆ TE CZĘŚCI, KTÓRE DOTYCZĄ UCZNIĄ/UCZENNICY W ZALEŻNOŚCI OD WYBRANEJ PRZEZ NIEGO/NIEJ FORMY WSPARCIA

**CZĘŚĆ I – dotyczy zajęć dydaktyczno– wyrównawczych dla klas 1-3<sup>1</sup>**

Lp.	Nazwa zajęć dydaktyczno– wyrównawczych wybranych przez ucznia/uczennicę (należy wpisać nazwę zgodną z Regulaminem rekrutacji/Formularzem zgłoszeniowym)	zdiagnozowane braki edukacyjne w przedmiocie, którego dotyczy zgłoszenie (w skali szkolnej od 1 do 6
1		
2		

**CZĘŚĆ II – dotyczy zajęć dydaktyczno–wyrównawczych dla klas 4-8<sup>2</sup>**

Lp.	Nazwa zajęć dydaktyczno–wyrównawczych wybranych przez ucznia/uczennicę (należy wpisać nazwę zgodną z Regulaminem rekrutacji/Formularzem zgłoszeniowym)	Przedmiot, którego dotyczy ocena/średnia	Średnia ocen z danego przedmiotu w II semestrze poprzedniego roku szkolnego
1			
2			

**CZĘŚĆ III - Terapia integracji sensorycznej/ Zajęcia sensoryczno-kreatywne dla uczniów klas I-III  
oraz klas IV-VIII<sup>3</sup>,**

Czy u ucznia/uczennicy w ciągu poprzedzającego roku szkolnego zaobserwowano:			
1	trudne zachowania zakłócające funkcjonowanie w grupie rówieśniczej i przestrzeni publicznej?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
2	nadwrażliwości w poszczególnych zmysłach?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

<sup>1</sup>Wypełnia wychowawca/wychowawczynie klasy lub osoba ucząca języka angielskiego (dla zajęć z tego przedmiotu)

<sup>2</sup> Wypełnia wychowawca/wychowawczynie klasy

<sup>3</sup> Wypełnia wychowawca/wychowawczynie klasy we współpracy z pedagogiem szkolnym



3	trudności z planowaniem motorycznym?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
4	Inne (jakie?)		

**CZĘŚĆ IV – Terapia logopedyczna<sup>4</sup>**

Czy u ucznia/uczennicy w wyniku badań przesiewowych zdiagnozowano:			
1	Deficyt logopedyczny?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
2	Dyslalię wieloraką złożoną?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
3.	Inne , jakie		

**CZĘŚĆ V – Terapia ręki<sup>5</sup>**

Czy u ucznia/uczennicy w ciągu poprzedzającego roku szkolnego zaobserwowano:			
1	obniżone lub zbyt wysokie napięcie mięśniowe w kończynie górnej i obręczy barkowej	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
2	problem z koordynacją rąk podczas czynności manipulacyjnych	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
3	nieadekwatne dostosowanie siły i szybkości ruchów do wykonywanej czynności,	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
4.	inne (jakie?)		

**CZĘŚĆ VI – Muzykoterapia<sup>6</sup>**

Czy u ucznia/uczennicy w ciągu poprzedzającego roku szkolnego zaobserwowano:			
1	pobudzenie psychomotoryczne oraz napięcie emocjonalne i mięśniowe,	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
2	Problemy z wyrażaniem emocji	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
3	Zaburzenia w komunikacji międzyludzkiej	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
4	Inne , jakie		

**CZĘŚĆ VI – Zajęcia rozwijające uważność i umiejętności uczenia się dla uczniów klas IV-VIII <sup>7</sup>**

Czy u ucznia/uczennicy w ciągu poprzedzającego roku szkolnego zaobserwowano:			
--	--	--	--

<sup>4</sup> Wypełnia osoba realizująca terapię logopedyczną<sup>5</sup> Wypełnia wychowawca/wychowawczynie we współpracy z pedagogiem szkolnym/specjalnym<sup>6</sup> Wypełnia wychowawca/wychowawczynie we współpracy z pedagogiem szkolnym/pedagogiem specjalnym<sup>7</sup> Wypełnia wychowawca/wychowawczynie we współpracy z pedagogiem szkolnym/ specjalnym



1	niewystarczający poziom kompetencji w zakresie uczenia się, w tym braki, trudności w zakresie np. planowania/organizacji pracy, doboru metod i technik uczenia się,	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
2	zaburzeniami koncentracji?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
3	syndrom nieadekwatnych osiągnięć edukacyjnych?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
4	Inne (jakie?)		

**CZĘŚĆ VII- Zajęcia szachowe<sup>8</sup>**

Czy u ucznia/ uczennicy w ciągu poprzedzającego roku szkolnego zaobserwowano:			
1	Zaburzenia koncentracji uwagi	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
2	Trudności w umiejętności abstrakcyjnego i logicznego myślenia, oraz wyobraźni przestrzennej.	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
3	Zaburzenia zachowania i emocji,	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
4	Inne , jakie		

**CZĘŚĆ VIII – Zajęcia animacyjne,<sup>9</sup>**

Czy u ucznia/ uczennicy w ciągu poprzedzającego roku szkolnego zaobserwowano:			
1	Zaburzenia koncentracji uwagi	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
2	Słabsza sprawność manualna rąk oraz niezborność ruchowa ciała	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
3	Zaburzenia zachowania i emocji,	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
4	Inne , jakie		

.....  
Miejscowość, data

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

Czytelny podpis/ podpisy wraz z podaniem stanowiska  
wychowawcy klasy/pedagoga/psychologa  
szkolnego/innych terapeutów, zgodnie ze wskazaniem w Regulaminie

<sup>8</sup> Wypełnia wychowawca/wychowawczynie we współpracy z pedagogiem szkolnym/specjalnym

<sup>9</sup> Wypełnia wychowawca/wychowawczynie we współpracy z pedagogiem szkolnym/specjalnym