…………………………….. ...................................... *(miejscowość, data) ( pieczątka szkoły)*

 **PORADNIA PSYCHOLOGICZNO – PEDAGOGICZNA**

 **W AUGUSTOWIE**

**WNIOSEK DYREKTORA SZKOŁY**

**o wydanie opinii w sprawie realizowania przez ucznia indywidualnego toku**

 **lub programu nauki**

 …………………………............. ................................................ *(imię i nazwisko ucznia) (data urodzenia ucznia)*

…………………………………………………………………………..……………………..... *( szkoła, oznaczenie oddziału szkolnego)*

Zgodnie z Rozporządzeniem MEN z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie warunków i trybu udzielania zezwoleń na indywidualny program lub tok nauki oraz organizacji indywidualnego programu lub toku nauki ( Dz.U. z 2017r., poz. 1569) wnioskuję o wydanie przez Poradnię Psychologiczno – Pedagogiczną w Augustowie opinii w sprawie możliwości realizowania przez ucznia indywidualnego ………………………....................................................... nauki

*( toku /programu)*

Z ................................................................................................................................................................

*( nazwa zajęć edukacyjnych, których wniosek dotyczy)*

……………………………………….

 *( podpis dyrektora szkoły)*

W załączeniu:

 1. Opinia nauczyciela prowadzącego w szkole zajęcia edukacyjne, których dotyczy wniosek wraz z informacją o dotychczasowych osiągnięciach ucznia.

 2. Opinia wychowawcy klasy o rozpoznanych potrzebach rozwojowych i edukacyjnych, możliwościach psychofizycznych i potencjale rozwojowym ucznia.

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

*( imię, nazwisko ucznia, oznaczenie klasy)*

**Opinia nauczyciela prowadzącego w szkole zajęcia edukacyjne, których dotyczy wniosek wraz z informacją o dotychczasowych osiągnięciach ucznia** …………………………………………………………………………………………………........................................................…………………………………………………………………………………………………..............................................................…………………………………………………………………………………………………..............................................................………………………………………………………………………………………………….............................................................………………………………………………………………………………………………….................................................................... …………………………………………………………………………………………………... …………………………………………………………………………………………………...............................................................…………………………………………………………………………………………………..............................................................…………………………………………………………………………………………………..............................................................…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

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

 *( miejscowość, data) ( podpis nauczyciela)*

**Opinia wychowawcy klasy o rozpoznanych potrzebach rozwojowych i edukacyjnych, możliwościach psychofizycznych i potencjale rozwojowym ucznia**

Indywidualne potrzeby rozwojowe i edukacyjne, możliwości psychofizyczne, potencjał rozwojowy ucznia:

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

Mocne strony, predyspozycje, zainteresowania i szczególne uzdolnienia ucznia: …………………………………………………………………………………………………....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

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

Uczeń objęty był na terenie szkoły pomocą psychologiczno-pedagogiczną w trakcie bieżącej pracy z uczniem, przez zintegrowane działania nauczycieli i specjalistów, a także w formie:

 *(\*) - proszę podkreślić właściwe oraz podać okres czasu udzielania uczniowi poszczególnych form pomocy psychologiczno – pedagogicznej):*

• klasy terapeutycznej ……………………………….………\*

• zajęć rozwijających uzdolnienia ……….…………..…………….…..…\*

• zajęć rozwijających umiejętności uczenia się …………….…..……………..………\*

• zajęć dydaktyczno-wyrównawczych ……….……..………………………. \*

 • zajęć specjalistycznych:

 - zajęć korekcyjno-kompensacyjnych ……….………………………….…\*

 - zajęć logopedycznych …….……….………………….….. \*

 - zajęć rozwijających kompetencje emocjonalno-społeczne ….……….……………….……\*

 - innych zajęć o charakterze terapeutycznym ………………….….………………\*

• zajęć związanych z wyborem kierunku kształcenia i zawodu .….……………………. \*

• zindywidualizowanej ścieżki kształcenia …….………..………………………\*

 Efekty podjętych działań: ....................................................................................................................................................... ....................................................................................................................................................... ....................................................................................................................................................... ....................................................................................................................................................... ....................................................................................................................................................... ....................................................................................................................................................... .......................................................................................................................................................

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

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

 *( miejscowość, data) ( podpis wychowawcy klasy)*