…………………………….. ……………………………… (pieczęć szkoły/ przedszkola) (data)

**INFORMACJA SZKOŁY/ PRZEDSZKOLA O UCZNIU/ DZIECKU KIEROWANYM DO PORADNI PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNEJ WE WSCHOWIE Z FILIĄ W SŁAWIE**

**pod kątem zindywidualizowanej ścieżki kształcenia**

(wypełnia wychowawca/nauczyciel/specjalista pracujący z uczniem)

1. Dane o uczniu: imię i nazwisko .…………………………………………………………………………………………………………...

data i miejsce urodzenia ...........................................................................................................................

klasa/ oddział .............................................................................................................................................

szkoła/ przedszkole ………………………………………………………………….....................................................................................…………………………………………………………………………………………….

 2. Powód zgłoszenia – trudności w funkcjonowaniu zauważone na terenie szkoły/ przedszkola: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

3. Od kiedy występują w/w problemy: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………

4. Czy uczeń/ dziecko korzystał już ze zindywidualizowanej ścieżki kształcenia? Jeśli tak, to jakie uzyskano efekty? …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

5. Z jakich form pomocy psychologiczno – pedagogicznej uczeń/ dziecko korzystał dotychczas na terenie szkoły/ przedszkola? Jakie uzyskano efekty? ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

6. W nauce jakich przedmiotów/ treści występują trudności? Na czym one polegają? ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

7. Czy uczeń często opuszcza lekcje/zajęcia w szkole? Jeżeli tak, to dlaczego? …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

 8. Czy stan zdrowia ucznia wpływa na jego funkcjonowanie w szkole lub ogranicza możliwość udziału w lekcjach/zajęciach? W jaki sposób? …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

9. Jakie przedmioty/ zajęcia według Państwa uczeń/ dziecko powinien realizować indywidualnie lub w małej grupie (do 5 osób)? …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………….………………………………………………………………………………….......................................

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

 (czytelny podpis osoby sporządzającej informację)