pieczęć szkoły miejscowość i data

**Opinia dotycząca dziecka / ucznia starającego się
o zindywidualizowaną ścieżkę kształcenia**

Imię i nazwisko dziecka / ucznia ………………………………………………………...….

Data i miejsce urodzenia …………………...………………………………………....……..

Adres zamieszkania ………………………………………………………………..………..

Przedszkole/szkoła ………………………………………………………….………………

Klasa / oddział ………………..……………………………………………..………………

1. Informacja o dziecku/uczniu (rozpoznane indywidualne potrzeby rozwojowe i edukacyjne, możliwości psychofizyczne, mocne strony, uzdolnienia):

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

2. Zakres dotychczasowej pomocy psychologiczno-pedagogicznej udzielanej przez przedszkole/szkołę:

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

3. Efekty udzielanej dotychczas pomocy psychologiczno-pedagogicznej przez przedszkole/szkołę:

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

4. Trudności w funkcjonowaniu dziecka/ucznia w przedszkolu/szkole:

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

5. Ograniczenia w zakresie możliwości udziału dziecka/ucznia w zajęciach wychowania przedszkolnego lub w zajęciach edukacyjnych wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym:

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

6. Zalecany zakres zajęć wychowania przedszkolnego / zajęć edukacyjnych w ramach zindywidualizowanej ścieżki edukacyjnej:

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

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

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

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

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

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

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

7. Zalecany okres objęcia ucznia zindywidualizowaną ścieżką (nie dłuższy niż rok szkolny):

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

8. Działania, jakie powinny być podjęte w celu usunięcia barier i ograniczeń utrudniających funkcjonowanie dziecka/ucznia i jego uczestnictwo w życiu przedszkola lub szkoły:

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

 podpis wychowawcy podpis dyrektora