



Zespół Poradni Psychologiczno-Pedagogicznych Powiatu Żarskiego

68-200 Żary, ul. Wrocławska 5, tel./fax 68 479 43 83
68-300 Lubsko, ul. Pokoju 1c, tel./fax 68 459 77 33, 35-34

e-mail: sekretariat@pppzary.pl
e-mail: lubsko@pppzary.pl
http://www.pppzary.pl

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć przedszkola/szkoły/placówki)

.....
imię i nazwisko dziecka

.....
data i miejsce urodzenia

PESEL -

.....
adres zamieszkania

.....
nazwa i adres przedszkola/szkoły/placówki

OPINIA NAUCZYCIELA PRZEDSZKOLA/SZKOŁY/PLACÓWKI O DZIECKU

1. Funkcjonowanie dziecka/ucznia w obszarze edukacji (j. polski, matematyka, pozostałe przedmioty, osiągnięcia dydaktyczne)¹:

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

2. Informacje o rozpoznanych przez wychowawcę, innych nauczycieli i specjalistów mocnych stronach dziecka/ucznia, jego predyspozycjach, zainteresowaniach, uzdolnieniach:

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

¹ W przypadku badania w kierunku specyficznych trudności w nauce należy dołączyć załącznik nr 1.

3. Funkcjonowanie dziecka/ucznia w obszarze emocjonalno- społecznym (stosunek do obowiązków szkolnych, kontakty z rówieśnikami, radzenie sobie z emocjami):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. Trudności/swoistości rozwojowe w funkcjonowaniu dziecka/ucznia w przedszkolu, szkole lub placówce (charakterystyka szczególnych, atypowych zachowań ucznia/wychowanka):

.....

.....

.....

.....

.....

5. Stan zdrowia dziecka/ucznia (ograniczenia funkcjonowania na lekcjach, w grupie rówieśniczej, wpływ choroby na funkcjonowanie dziecka/ucznia):

.....

.....

.....

.....

6. Bariery i ograniczenia, które utrudniają funkcjonowanie dziecka/ucznia:

.....

.....

.....

.....

7. W celu usunięcia barier i ograniczeń utrudniających funkcjonowanie dziecka/ucznia należy:

-
-
-

8. Współpraca z rodzicami/opiekunami prawnymi dziecka/ucznia (np.: stosunek rodziców/opiekunów prawnych do obowiązków szkolnych):

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

9. Informacja o działaniach podjętych przez przedszkole, szkołę lub placówkę w celu poprawy funkcjonowania dziecka/ucznia:

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

10. W przypadku potrzeby objęcia ucznia zindywidualizowaną ścieżką kształcenia należy podać zalecany zakres zajęć edukacyjnych w ramach indywidualnej ścieżki:

a) wspólnie z klasą:

.....

b) indywidualnie z uczniem.....

.....

.....

podpis wychowawcy

.....

podpis i pieczęć dyrektora przedszkola/szkoły/placówki