



WNIOSEK O ZINDYWIDUALIZOWANĄ ŚCIEŻKĘ KSZTAŁCENIA

CZEŚĆ A (wypełnia rodzic/opiekun prawny dziecka/pelnoletni uczeń)

Imię i nazwisko:
Klasa/szkoła:
PESEL:
Adres zam.:

Uzasadnienie wniosku przez rodzica dotyczące objęcia ZSK dziecka:

.....
podpis rodzica/opiekuna dziecka/pelnoletniego ucznia

CZEŚĆ B (wypełnia szkoła – zespół złożony z wychowawcy, szkolnych specjalistów, nauczycieli, dokonujący analizy funkcjonowania ucznia)

Trudności ucznia w funkcjonowaniu, przez które nie może realizować wszystkich zajęć wspólnie z oddziałem szkolnym i wymaga dostosowania organizacji i procesu nauczania do ich specjalnych potrzeb edukacyjnych:

Udzielona dotychczas pomoc psychologiczno – pedagogiczna na terenie szkoły

Możliwe formy zajęć	Zaproponowane uczniowi formy zajęć	Zrealizowane przez ucznia formy zajęć	Okres objęcia (rok szkolny, semestr)	Częstotliwość zajęć (np. 1 g w tygodniu)	Frekwencja ucznia na zajęciach (%)	Ocena zaangażowania, motywacji ucznia, efektywność tej formy zajęć	Podpis prowadzącego zajęcia
ZKK							
ZDW							
zajęcia logopedyczne							
Inne (proszę wymienić)							
pomoc w bieżącej pracy z uczniem (proszę wypisać)							

Przedmiot/-ty (zakres), na których uczeń ma największe trudności w funkcjonowaniu z oddziałem szkolnym:

Zalecany okres objęcia ucznia ZSK (rok szkolny)

.....
podpis Dyrektora szkoły

*** CZĘŚĆ C (wypełnia lekarz - w przypadku gdy trudności dziecka w funkcjonowaniu z zespołem klasowym wynikają z jego stanu zdrowia)**

Trudności dziecka w funkcjonowaniu, wynikające ze stanu zdrowia, przez które nie może realizować wszystkich zajęć wspólnie z oddziałem szkolnym.

Diagnoza medyczna KOD ICD

Wpływ przebiegu choroby na funkcjonowanie ucznia w klasie:

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

Ograniczenia w zakresie udziału ucznia w lekcjach wspólnie z oddziałem szkolnym:

.....
.....

.....
podpis i pieczętka lekarza

CZĘŚĆ D (wypełnia PPP)

Opinia psychologiczna/pedagogiczna/logopedyczna dziecka z dnia
wydana przez

Aktualna diagnoza psychologiczna/pedagogiczna/logopedyczna ucznia:

.....

Udzielone formy pomocy postdiagnostycznej na terenie PPP i czas objęcia nimi ucznia:

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

Potwierdzenie zasadności objęcia ucznia ZŚK w roku szkolnym
w zakresie
i wydanie opinii w tej sprawie.

Uznanie wniosku rodzica o ZŚK za bezzasadny (uzasadnienie PPP):

.....
.....

.....
podpis i pieczętka pracownika PPP

.....
podpis i pieczętka Dyrektora PPP