**Załącznik nr 2a**

**do Zarządzenie nr 11/2021**

**Dyrektora PPP w Swarzędzu**

**z dnia 23.09.2021r.**

**ANALIZA FUNKCJONOWANIA DZIECKA/UCZNIA**

**pod kątem wydania opinii w sprawie zindywidualizowanej ścieżki realizacji obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego / zindywidualizowanej ścieżki kształcenia**

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

Nazwa placówki, oddział/klasa ………………………………………………………………………………………………………………………………

Data spotkania……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

*Uczestnicy spotkania:*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L. p. | Imię i nazwisko | Stanowisko | podpis |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
| 5. |  |  |  |
| 6. |  |  |  |
| 7. |  |  |  |

Proszę o ustosunkowanie się do poniższych punktów.

1. Określić występujące trudności w funkcjonowaniu dziecka/ucznia w przedszkolu/szkole/placówce:

*( w sferze edukacyjnej, emocjonalno-społecznej, wychowawczej)*

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

1. Trudności, które uniemożliwiają dziecku/uczniowi sprostanie wymaganiom edukacyjnym i społecznym: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
2. Czy dziecko/uczeń objęte było do tej pory pomocą psychologiczno – pedagogiczną?

* Tak
* Nie

1. Z jakiego powodu dziecko/uczeń objęte było do tej pory pomocą psychologiczno – pedagogiczną?

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

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

1. Jakie formy pomocy psychologiczno-pedagogicznej dotychczas były wdrożone w stosunku do dziecka/ucznia?

* Zajęcia korekcyjno-kompensacyjne
* Zajęcia dydaktyczno-wyrównawcze
* Zajęcia logopedyczne
* Zajęcia rozwijające kompetencje emocjonalno – społeczne
* Inne zajęcia o charakterze terapeutycznym
* Inne (*jakie?*)…………………………………………………………………………………………………………………………………….. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Jakie są efekty udzielonej dotychczas pomocy dziecku/uczniowi ?

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

1. Jakie inne działania zostały podjęte na rzecz dziecka/ucznia w placówce?

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

1. Zakres w jakim dziecko/uczeń nie może brać udziału w zajęciach edukacyjnych wspólnie z grupą/klasą: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

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

data i czytelny podpis pracownika PPP w Swarzędzu