

Pieczętka przedszkola/szkoły

miejsowość, data

OPINIA Z ZAJĘĆ REWALIDACYJNYCH
DZIECKA/UCZNIA NIEPEŁNOSPRAWNEGO
dla Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Łąncucie

Imię i nazwisko uczniaPESEL

Data urodzenia..... miejsce urodzenia

Szkoła klasa

Specjalizacja osoby prowadzącej zajęcia

1. Poprawa funkcjonowania dziecka/ucznia w odniesieniu do celów terapeutycznych IPET-u

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

3. Obszary deficytowe rozwoju dziecka/ucznia do dalszej pracy rewalidacyjnej

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

4. Ocena skuteczności form i warunków wsparcia

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

5. Ocena skuteczności stosowanych środków dydaktycznych, w tym TIK

.....

8. Inne uwagi

.....
.....

.....

Podpis

.....

Pieczętka i podpis dyrektora