Imię i nazwisko dziecka : …………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Rodzaj i wymiar zajęć : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Data posiedzenia Zespołu Wczesnego Wspomagania Rozwoju : …………………………………….

1. Ocena postępów oraz trudności w funkcjonowaniu dziecka :
2. Identyfikacja i eliminowanie barier i ograniczeń w środowisku ,utrudniających aktywność i uczestnictwo dziecka w życiu społecznym.
3. Analiza skuteczności pomocy udzielanej dziecku i jego rodzinie :
4. Planowane wprowadzenie zmian w programie WWRD :

 **Zespół WWRD:**

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

 Imię i nazwisko specjalność podpis

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

 Imię i nazwisko specjalność podpis

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

 Imię i nazwisko specjalność podpis

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

 Imię i nazwisko specjalność podpis

**Oświadczenie rodzica :**

Oświadczam , że niniejszą ocenę otrzymałam/em dnia ………………………..

Zostałam/em również pouczony o celowości przedstawienia niniejszej oceny innym podmiotom , w których dziecko jest objęte oddziaływaniami terapeutycznymi , w celu zapewnienia spójności wszystkich oddziaływań wspomagających rozwój dziecka .

 ……………………………………………………..

 podpis rodzica