Załącznik nr. 1

do procedury organizowania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w ZNSiPO „Nasza Szkoła” w Michalinowie

Michalinów , dnia …………………

**Dyrektor**

**Zespołu Niepublicznych Szkół i Placówek Oświatowych**

**„ Nasza Szkoła”**

**w Michalinowie Oleśnickim**

Część A – wypełnia wychowawca

**W N I O S E K WYCHOWAWCY**

**o objęcie ucznia / wychowanka pomocą psychologiczno - pedagogiczną :**

1. Imię i nazwisko ucznia/wychowanka

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

1. Oddział edukacyjny / Klasa lub zespół rewalidacyjno-wychowawczy

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

1. Imię i nazwisko rodzica/prawnego opiekuna ……………………………………………………………………………….………………………
2. Imię i nazwisko wychowawcy

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

1. Osoba inicjująca pomoc psychologiczno – pedagogiczną:

wychowawca grupy wychowawczej

nauczyciel ………………………………………….……………………………………….……

specjalista ……………………………………………………………………..………………….

1. Decyzja Zespołu Terapeutycznego o potrzebie objęcia wychowanka pomocą z dnia ………………
2. Proponowane przez ZT dla ucznia/wychowanka formy pomocy psychologiczno-pedagogicznej

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Forma pomocy psychologiczno-pedagogicznej | | Okres udzielania pomocy | Wymiar godzin w tygodniu |
| w trakcie bieżącej pracy z wychowankiem | |  |  |
| poprzez zintegrowane działania nauczycieli , wychowawców i specjalistów ( w ramach Zespołu Terapeutycznego ) | |  |  |
| w formie zajęć : rozwijających uzdolnienia | |  |  |
| w formie zajęć rozwijających umiejętności uczenia się | |  |  |
| w formie zajęć specjalistycznych | korekcyjno-kompensacyjnych |  |  |
| logopedycznych |  |  |
| rozwijających kompetencje emocjonalno – społeczne |  |  |
| w formie zajęć specjalistycznych tzw. innych zajęć o charakterze terapeutycznym | terapii met. Tomatisa ( terapia audio –psycho - lingwistyczna |  |  |
| terapia EEG Biofeedback ( neuroterapia ) |  |  |
| biblioterapia |  |  |
| Konsultacje z psychologiem / dla ucznia/wychowanka | |  |  |
| Konsultacje psychologiczno-pedagogiczne dla rodziców ucznia/wychowanka | |  |  |

1. Wskazanie podmiotów we współpracy, z którymi pomoc psychologiczno-pedagogiczna ma być udzielana

 rodzice wychowanka  inne przedszkola , szkoły , placówki

 poradnia psychologiczno-pedagogiczna  organizacje pozarządowe oraz instytucje i podmioty działające

 placówka doskonalenia nauczycieli na rzecz rodziny , dzieci , młodzieży

Data , podpis wychowawcy :

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

Część B – wypełnia rodzic

**Zgoda rodzica**

**na objęcie ucznia / wychowanka pomocą psychologiczno-pedagogiczną**

Oświadczam , iż zostałem zapoznany z propozycją objęcia mojego dziecka

,……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……. pomocą psychologiczno-pedagogiczną oraz

**wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody** (\* właściwe podkreślić )

na udzielanie mojemu dziecku pomocy psychologiczno-pedagogicznej

w Zespole Niepublicznych Szkół i Placówek Oświatowych „ Nasza Szkoła” w Michalinowie Oleśnickim

data i podpis rodzica …………………………………………………………

Część C – wypełnia dyrektor

**Decyzja dyrektora ZNSiPO „Nasza Szkoła” o zakwalifikowaniu ucznia/wychowanka do**

**objęcia pomocą psychologiczno-pedagogiczną**

Na podstawie :

* 1. wniosku z dnia …………………………. o objęcie ucznia/wychowanka pomocą psychologiczno-pedagogiczną
  2. Rozporządzenia MEN z dnia 9.08.2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno – pedagogicznej w publicznych przedszkolach , szkołach i placówkach

Kwalifikuję ucznia/wychowanka ……………………………..........................................……………………………………………………..……………………………………

imię i nazwisko

do objęcia pomocą psychologiczno-pedagogiczną w Zespole Niepublicznych Szkół i Placówek Oświatowych „ Nasza Szkoła”.

Ustalam następujące formy , wymiar i okres udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Forma pomocy psychologiczno-pedagogicznej | | Okres udzielania pomocy | Wymiar godzin |
| w trakcie bieżącej pracy z wychowankiem | |  |  |
| poprzez zintegrowane działania nauczycieli , wychowawców i specjalistów ( w ramach Zespołu Terapeutycznego ) | |  |  |
| w formie zajęć : rozwijających uzdolnienia | |  |  |
| w formie zajęć rozwijających umiejętności uczenia się | |  |  |
| w formie zajęć specjalistycznych | korekcyjno-kompensacyjnych |  |  |
| logopedycznych |  |  |
| rozwijających kompetencje emocjonalno – społeczne |  |  |
| w formie zajęć specjalistycznych tzw. innych zajęć o charakterze terapeutycznym | terapii met. Tomatisa ( terapia audio –psycho - lingwistyczna |  |  |
| terapia EEG Biofeedback ( neuroterapia ) |  |  |
| Konsultacje z psychologiem / dla ucznia/wychowanka | |  |  |
| Konsultacje psychologiczno-pedagogiczne dla rodziców ucznia/wychowanka | |  |  |

Data , podpis dyrektora