Imię i nazwisko ucznia/ wychowanka ………………..……………………………………………….grupa wychowawcza ………….........……

Koordynator prac ZT …………………………………………………………………………………………………………………..……………………………

 wychowawca zespołu

**W spotkaniu ZT uczestniczyli dodatkowo**

1. na wniosek dyrektora :
* przedstawiciel Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej ……………….………………………………………………………….
* pomoc wychowawcy………………………………………………………..……………………………………………………………………….
* dyrektor ZNSiPO……………………………………………………………………………………………………………………………………….
1. Na wniosek lub za zgodą rodziców
* Inne osoby ( lekarz , psycholog , , pedagog , logopeda lub inny specjalista ) ………………………………………………………….………….

**Zawiadomienie rodziców wychowanka o terminie posiedzenia ZT i możliwości uczestnictwa w nim**

z dnia …………………….…… podpis rodzica biorącego udział w posiedzeniu ZT …………………………………………………………..

**Osoba wnioskująca o zwołanie ZT** .............................................................................................................................

**Cel posiedzenia ZT**

* dokonanie okresowej wielospecjalistycznej oceny poziomu funkcjonowania wychowanka
* opracowanie indywidualnego programu
* modyfikacja indywidualnego programu
* bieżące potrzeby ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Omawiane problemy :**

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

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

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

**Ustalenia Zespołu Terapeutycznego :**

|  |  |
| --- | --- |
| **Kierunek zintegrowanych oddziaływań****nauczycieli, specjalistów i wychowawców** **(Nad czym pracujemy? Co chcemy osiągnąć?)** | **Zintegrowane działania****o charakterze rewalidacyjnym****(Co robimy, żeby osiągnąć cel?)** |
| **Organizacja pracy rewalidacyjno-wychowawczej** |  |
| **Funkcje poznawcze** |  |
| **Rozwój społeczno-emocjonalny**  |  |
| **Rozwój komunikacji**  |  |
| **Rozwój ruchowy**  |  |

**Inne ustalenia:**

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

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

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

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

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

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

Osoby biorące udział w spotkaniu zespołu są obowiązane do nieujawniania spraw poruszanych na spotkaniu, które mogą naruszać dobra osobiste wychowanka, jego rodziców, nauczycieli, wychowawców grup wychowawczych lub specjalistów prowadzących zajęcia z wychowankiem, a także innych osób uczestniczących w spotkaniu zespołu .

(§ 6 ust. 13 rozp. o war.org. kształ. z 9.08.2017 r.)

**Zespół Terapeutyczny w składzie :**

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

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

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

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

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

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

 imię i nazwisko członka ZT specjalność /funkcja podpis potwierdzający obecność