

Indywidualny program dziecka wynikający z badań, obserwacji
i zaleceń lekarskich, psychologicznych i pedagogicznych

	Data badania Specjalista kierujący Nazwa dokumentu kwalifikującego	SEMESTR I SEMESTR	
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			

WZŁÓR

**Program pracy grupy
w I semestrze**

Lp. kolejno- ści	Cele, zadania, tematyka zajęć	Liczba przeznaczonych godzin
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		

WZÓR

Nauczyciel

Aprobował

.....

Kontakty z osobami współdziałającymi

Notatki z rozmów z				
	psychologiem	lekarzem	wychowawcą i nauczycielem	rodzicami (opiekunami)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

Tygodniowa realizacja zajęć grupy

	Obecność					Tematy zajęć	Data i prowadzący zajęcia	Spostrzeżenia i uwagi
	pn	wt	śr	cz	pt			
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								

WZÓR

	Data Cel i treść zajęcia		Data Cel i treść zajęcia		Data Cel i treść zajęcia		Data Cel i treść zajęcia	
	Podpis		Podpis		Podpis		Podpis	
	Obecność	Ćwiczenia indywidualne Uwagi o pracy	Obecność	Ćwiczenia indywidualne Uwagi o pracy	Obecność	Ćwiczenia indywidualne Uwagi o pracy	Obecność	Ćwiczenia indywidualne Uwagi o pracy
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								

WZŁÓR