**Szkoła Podstawowa im. Melchiora Wańkowicza w Cigacicach**

**(**Załącznik nr 6B)

**USTALENIA DYREKTORA ZWIĄZANE Z UDZIELANIEM UCZNIOWI POMOCY PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNEJ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Formy** | **Okres** | **Sposób udzielania:** indywidualnie/grupowo | **Wymiar godzin****/osoba odpowiedzialna** |
| **Zajęcia rewalidacyjne:** |  |  |  |
| * *niepełnosprawność intelektualna,*
* *niepełnosprawność ruchowa (rehabilitacja),*
* *niewidzenie, niedowidzenie,*
* *niesłyszenie niedosłyszenie,*
* *autyzm w tym zespół Aspergera (TUS);*
* *niepełnosprawność sprzężona*
 | *Np. Cały etap edukacyjny* | *indywidualnie* | *godzina w tygodniu/**mgr Anna Ktoś* |
| * zagrożenie niedostosowaniem społecznym (socjoterapeutyczne)
 |  |  |  |
| * niedostosowanie społeczne (resocjalizacyjne)
 |  |  |  |
| **Zajęcia w ramach pomocy psychologiczno-pedagogicznej:** |  |  |  |
| klasa terapeutyczna;  |  |  |  |
| zajęcia rozwijające uzdolnienia;  | *Np. cały etap edukacyjny* | *grupowo* | *2 godziny w tygodniu**mgr Jan Inny* |
| zajęcia rozwijające umiejętności uczenia się |  |  |  |
| zajęcia dydaktyczno-wyrównawcze | *Na podstawie analizy funkcjonowania /potrzeb* |  |  |
| zajęcia specjalistyczne ( jakie ):* korekcyjno-kompensacyjne,
* logopedyczne,
* rozwijające kompetencje emocjonalno-społeczne,
* inne zajęcia o charakterze terapeutycznym (psycholog/pedagog/wychowawca);
 |  |  |  |
| zajęcia związane z wyborem kierunku kształcenia i zawodu – w przypadku uczniów szkół podstawowych oraz uczniów szkół ponadpodstawowych |  |  |  |
| porady i konsultacje (w tym też dla rodziców);  |  |  |  |
| warsztaty: |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Wsparcie nauczyciela współorganizującego kształcenie |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Zajęcia realizowane indywidualnie lubw grupie do 5 osób |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Działania wspierające rodziców ucznia** |
| **Zakres współdziałania****z poradniami psychologiczno-pedagogicznymi, placówkami doskonalenia nauczycieli i innymi instytucjami** | **Nazwa instytucji** | **Dane kontaktowe** | **Zakres współpracy** |
|  |  |  |

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

 (podpis dyrektora)