**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 lub  w 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)