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

(Załącznik nr 8)

Cigacice, dnia……………………………

**ZAKRES WSPARCIA UCZNIA**

**W RAMACH**

**REWALIDACJI /POMOCY PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNEJ**

***(dla każdego specjalisty pracującego z dzieckiem)***

imię i nazwisko ucznia: ..................................................  
klasa: .............................................................................  
data urodzenia: ........................................

rodzaj wsparcia ............................................................................................  
nauczyciel/specjalista: ..................................................  
na czas : ………………………………………………………………..

**diagnoza** *:*określenie celów i metod pracy z dzieckiem:

|  |  |
| --- | --- |
| Cele do realizacji |  |
| Metody pracy z dzieckiem |  |
| Po czym poznam, że oddziaływania przynoszą pożądany efekt |  |
| Inne zalecenia |  |

Podpis specjalisty