

.....  
(pieczęć przedszkola/szkoły)

.....  
( miejscowość, data)

**OPINIA PRZEDSZKOLA/SZKOŁY**  
**o funkcjonowaniu dziecka/ucznia**  
dla potrzeb Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Zgorzelcu

**W CELU WYDANIA OPINII O OBJĘCIU ZINDYWIDUALIZOWANĄ ŚCIEŻKĄ REALIZACJI**  
**OBYWĄZKOWEGO ROCZNEGO PRZYGOTOWANIA**  
**PRZEDSZKOLNEGO/ZINDYWIDUALIZOWANĄ ŚCIEŻKĄ KSZTAŁCENIA** (podkreślić właściwe)

Zgodnie z § 12 ust. 4 pkt 1 i 3 Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (tekst jedn.: Dz.U. z 2023 r. poz.1798)

**Imię i nazwisko dziecka/ucznia**.....

**Data i miejsce urodzenia dziecka/ucznia**.....

**Nazwa placówki (przedszkola, szkoły):**

.....

**Adres placówki (przedszkola, szkoły):**

.....

**grupa/klasa:**.....

Zindywidualizowana ścieżka realizacji obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego oraz zindywidualizowana ścieżka kształcenia są organizowane dla uczniów, którzy mogą uczęszczać do przedszkola lub szkoły, albo ze względu na trudności w funkcjonowaniu wynikające w szczególności ze stanu zdrowia nie mogą realizować wszystkich zajęć wychowania przedszkolnego lub zajęć edukacyjnych wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym i wymagają dostosowania organizacji i procesu nauczania do ich specjalnych potrzeb edukacyjnych.

**CZĘŚĆ I**

**1. Potrzeba objęcia zindywidualizowaną ścieżką wynika z (\*właściwe podkreślić):**

\*Trudności w funkcjonowaniu dziecka/ucznia ze względu na stan zdrowia

\*Innych trudności w funkcjonowaniu dziecka/ucznia w przedszkolu/szkole

**2. Proszę określić zakres, w jakim dziecko/uczeń nie może brać udziału w zajęciach wychowania przedszkolnego lub zajęciach edukacyjnych wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym:**

.....

.....

.....

.....  
.....  
**3. Proszę podać informację na temat funkcjonowania dziecka/ucznia w przedszkolu lub szkole ze wskazaniem jego: mocnych stron, predyspozycji, zainteresowań i uzdolnień:**

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

**4. Proszę opisać trudności w funkcjonowaniu dziecka/ucznia ograniczające mu realizację zajęć edukacyjnych wspólnie z oddziałem przedszkolnym/szkolnym:**

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

**5. Proszę wymienić bariery (czynniki zewnętrzne niezależne od dziecka/ucznia) stanowiące przeszkodę w realizacji zajęć edukacyjnych/przedmiotów:**

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

**6. Proszę wymienić ograniczenia (wynikające z możliwości rozwojowych dziecka/ucznia) utrudniające uczestnictwo w zajęciach edukacyjnych/lekcjach:**

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

**7. Proszę wymienić formy i okres dotychczasowej pomocy psychologiczno-pedagogicznej udzielonej dziecku/uczniowi w przedszkolu/szkole przez nauczycieli i specjalistów w celu poprawy jego funkcjonowania:**

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

.....  
.....  
**8. Proszę opisać efekty prowadzonej dotychczas przez przedszkole/szkołę pomocy:**

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

**9. Proszę wskazać propozycje działań zmierzających do poprawy funkcjonowania dziecka/ucznia w przedszkolu/szkole:**

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

**10. Proszę wskazać optymalny okres objęcia dziecka/ucznia zindywidualizowaną ścieżką realizacji obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego/zindywidualizowaną ścieżką kształcenia – nie dłuższy jednak niż rok szkolny:**

.....

.....  
(imię i nazwisko osoby sporządzającej opinię)

.....  
(pieczętka i podpis dyrektora placówki)

