

.....
/imię i nazwisko / rodziców/opiekunów prawnych

.....
/miejsowość, data/

.....
/numer telefonu kontaktowego/

.....
/adres do korespondencji/

Wniosek
o wydanie opinii, z której wynika potrzeba objęcia
ucznia zindywidualizowaną ścieżką kształcenia
/ wypełniają rodzice lub prawni opiekunowie /

Podstawa prawna:

§ 12, ust. 3, 4 Rozporządzenie MEN z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno - pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz.U. z 2017r., poz. 1591 z póź. zm.)

Dotyczy ucznia:

.....
/imię i nazwisko ucznia

.....
/data urodzenia ucznia, nr PESEL/

.....
/szkoła, klasa /

Uzasadnienie wniosku:

/krótko uzasadnić z jakiego powodu uczeń wymaga objęcia zindywidualizowaną ścieżką kształcenia/

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

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

.....
/podpis wnioskodawcy/wnioskodawców/

Załączniki:

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....

Wyjaśnienie dla wnioskodawcy:

Do powyższego wniosku konieczne należy dołączyć załączniki 1-3 tj.:

1. Opis trudności w funkcjonowaniu ucznia w szkole.
2. Zaświadczenie lekarskie określające wpływ przebiegu choroby na funkcjonowanie ucznia w szkole oraz ograniczenia w zakresie możliwości udziału ucznia w zajęciach edukacyjnych wspólnie z oddziałem szkolnym –
(Załącznik dotyczy tylko ucznia obejmowanego indywidualizowaną ścieżką kształcenia ze względu na stan zdrowia).
3. Opinia nauczycieli i specjalistów prowadzących zajęcia z uczniem, o funkcjonowaniu ucznia w szkole.
4. Inne załączniki mające zdaniem wnioskodawcy wpływ na wydanie opinii.

*Formularze w formie elektronicznej do pobrania ze strony:
www.myszkow.czt.pl*

Załącznik 2 do wniosku o wydanie opinii, z której wynika potrzeba objęcia ucznia/dziecka zindywidualizowaną ścieżką kształcenia (dotyczy tylko ucznia obejmowanego zindywidualizowaną ścieżką kształcenia ze względu na stan zdrowia)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

.....
/imię i nazwisko ucznia/dziecka

.....
/data urodzenia ucznia/ dziecka, nr PESEL/

1. Krótki opis wpływu choroby na funkcjonowanie w/w ucznia w szkole

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

2. Zalecenia lekarza dotyczące ewentualnych ograniczeń w zakresie możliwości udziału ucznia w zajęciach edukacyjnych wspólnie z oddziałem szkolnym:

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

data.....

Podpis lekarza

.....

Załącznik 3 do wniosku o wydanie opinii, z której wynika potrzeba objęcia ucznia/dziecka zindywidualizowaną ścieżką kształcenia

**Opinia o funkcjonowaniu ucznia w szkole
opracowana przez nauczycieli i specjalistów
prowadzących zajęcia z uczniem
wraz z analizą efektów pomocy psychologiczno – pedagogicznej
udzielanej dotychczas uczniowi**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Dotted lines for text entry.

/data i podpisy osób sporządzających/

Dotted lines for signature and date.