…………………………………………………………….

 miejscowość, data

**Opinia nauczycieli i specjalistów**

**o funkcjonowaniu dziecka/ucznia w przedszkolu/szkole**

………………………………………………………............................................................................................

(Imię i nazwisko dziecka/ucznia)

Nazwa i adres szkoły/przedszkola\* ……………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………… klasa/oddział …………………………………….

1. **Rozpoznanie indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych, możliwości psychofizycznych oraz potencjału rozwojowego dziecka/ucznia.**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Występujące trudności w funkcjonowaniu ucznia w przedszkolu, szkole (lub szczególne uzdolnienia).**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Działania podjęte przez nauczycieli, wychowawców i specjalistów w celu poprawy funkcjonowania ucznia w przedszkolu, szkole i placówce. Formy udzielanej pomocy psychologiczno-pedagogicznej, okres jej udzielania, efekty podjętych działań i udzielonej pomocy:**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**………………………………………………… ………………………………………………..**

 Pieczęć szkoły/przedszkola Pieczęć i podpis dyrektora

\* niepotrzebne skreślić