**Imię i nazwisko ucznia/uczennicy:……………….…………**

**PESEL…………………**

**OPINIA o konieczności objęcia wsparciem ucznia/uczennicy   
w ramach projektu „Włączeni w edukację – rozwijanie i wskazywanie mocnych stron uczniów”**

Zgodnie z przeprowadzoną diagnozą oraz w oparciu o zapisu 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, uczeń/uczennica posiada **specjalne potrzeby rozwojowe i edukacyjne wynikające** *(odpowiednie podkreślić)*:

1) z niepełnosprawności;

2) z niedostosowania społecznego;

3) z zagrożenia niedostosowaniem społecznym;

4) z zaburzeń zachowania lub emocji;

5) ze szczególnych uzdolnień;

6) ze specyficznych trudności w uczeniu się;

7) z deficytów kompetencji i zaburzeń sprawności językowych;

8) z choroby przewlekłej;

9) z sytuacji kryzysowych lub traumatycznych;

10) z niepowodzeń edukacyjnych;

11) z zaniedbań środowiskowych związanych z sytuacją bytową ucznia i jego rodziny, sposobem spędzania czasu wolnego i kontaktami środowiskowymi;

12) z trudności adaptacyjnych związanych z różnicami kulturowymi lub ze zmianą środowiska edukacyjnego, w tym związanych z wcześniejszym kształceniem za granicą.

**Uzasadnienie:**

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

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

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

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

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

W związku z powyższym uczeń / uczennica powinien zostać objęty następującym wsparciem w ramach projektu:

należy zaznaczyć symbolem „X”

|  |  |
| --- | --- |
| Zajęcia specjalistyczne: korekcyjno-kompensacyjne |  |
| Zajęcia specjalistyczne: logopedyczne |  |
| Zajęcia dydaktyczno – wyrównawcze z języka polskiego |  |
| Zajęcia dydaktyczno – wyrównawcze z matematyki |  |
| Zajęcia dydaktyczno – wyrównawcze z języka obcego |  |
| Zajęcia dydaktyczno – wyrównawcze z edukacji wczesnoszkolnej |  |
| Spektakle/warsztaty profilaktyczne |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko osoby przygotowującej opinię: |  |
| Stanowisko/funkcja w szkole: |  |
| Data: |  |
| Podpis: |  |