## Dotyczy uczniów posiadających opinię

## Klasa/oddział………………………….

**Formy pomocy psychologiczno-pedagogicznej realizowane w roku szkolnym ………………………**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp | Nazwisko i imię ucznia | Zajęcia  rozwijaj. uzdol. | Zajęcia rozwijaj. umiejęt. uczenia się | Zajęcia dydaktyczno- wyrównawcze | Zajęcia Korekc.- kompens. | Zajęcia rozwijaj. kompet.  emoc-społ. | Zajęcia  o charakt. terapeut. | Zajęcia logoped. | Zaj. związane z wyborem kierunku  kształcenia | Zindywid.  ścieżka kształcenia | Porady  i konsult. | Warszt. |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Proszę zaznaczyć przy realizowanej formie pomocy p-p czy wymagana jest kontunuacja w roku szkolnym 2020/2021**

**\*K – kontynuacja w roku szkolnym 2020/2021**