## Dotyczy uczniów posiadających opinię

## Klasa/oddział………………………….

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp | Nazwisko i imię ucznia | Zajęciarozwijaj. uzdol. | Zajęcia rozwijaj. umiejęt. uczenia się | Zajęcia dydaktyczno- wyrównawcze | Zajęcia Korekc.- kompens. | Zajęcia rozwijaj. kompet.emoc-społ. | Zajęciao charakt. terapeut. | Zajęcia logoped. | Zaj. związane z wyborem kierunkukształcenia | Zindywid.ścieżka kształcenia | Poradyi 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**