

.....
(pieczęć placówki)

.....
(miejsowość, data)

OPINIA PLACÓWKI
dla potrzeb Zespołu Orzekającego w celu
wydania orzeczenia o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych

Imię/imiona i nazwisko dziecka/uczestnika zajęć

.....

Data i miejsce urodzenia

.....

Nazwa placówki/klasa/grupa

.....

1. Wpływ stanu zdrowia na funkcjonowanie podczas zajęć

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

2. Mocne strony, potencjały rozwojowe

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

3. Bariery i ograniczenia utrudniające funkcjonowanie

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

4. Rozwój ruchowy (motoryka duża i mała)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5. Samoobsługa (jedzenie, picie, ubieranie się, trening czystości)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

6. Komunikacja (stosowane alternatywne metody komunikacji, formy porozumiewania się, wyrażania potrzeb, rozumienie treści poleceń)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

7. Funkcjonowanie emocjonalno-społeczne (kontakty z rówieśnikami, wyrażanie emocji, aktywność własna, zachowania trudne, agresja, autoagresja)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

8. Optymalna forma zajęć rewalidacyjno – wychowawczych – (właściwe podkreślić)

- a) indywidualna
- b) zespołowa

9. Dotychczasowe formy udzielanej pomocy

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

10. Niezbędny sprzęt specjalistyczny i środki dydaktyczne, w tym środki z wykorzystaniem technologii informacyjno-komunikacyjnych

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

11. Inne istotne informacje i spostrzeżenia

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

.....
(podpis wychowawcy lub specjalisty)

.....
(pieczęć i podpis dyrektora)