

.....  
(nazwa szkoły)

im. ....

.....  
(adres szkoły)

.....  
(województwo)

.....  
(gmina/dzielnica)

# **DZIENNIK**

## **INDYWIDUALNYCH ZAJĘĆ**

### **I ORGANIZACJI WCZESNEGO WSPOMAGANIA**

**rok szkolny** .....

Imię i nazwisko dziecka: .....

.....  
(koordynator Zespołu)

## SPIS TREŚCI

Dane osobowe dziecka .....	3
Organizacja wczesnego wspomagania .....	3
Cele i zadania wspomagania – harmonogram działań .....	4
Indywidualny program zajęć wczesnego wspomagania .....	6
Realizacja zajęć .....	9
Kontakty ze specjalistami, instytucjami .....	39
Ocena skuteczności wspomagania .....	41
Zalecenia do dalszej pracy z dzieckiem .....	43
Zestawienie miesięczne obecności .....	44
Nadzór pedagogiczny dyrektora .....	44

Opracowanie: **Elżbieta Linowska**

© Copyright 2018 by Wydawnictwo EduLex s.c.

Dystrybucja:

**Wydawnictwo EduLex s.c., ul. Cybisa 6**

tel. 22 400 28 82

biuro@edulex.com.pl

www.edulex.com.pl

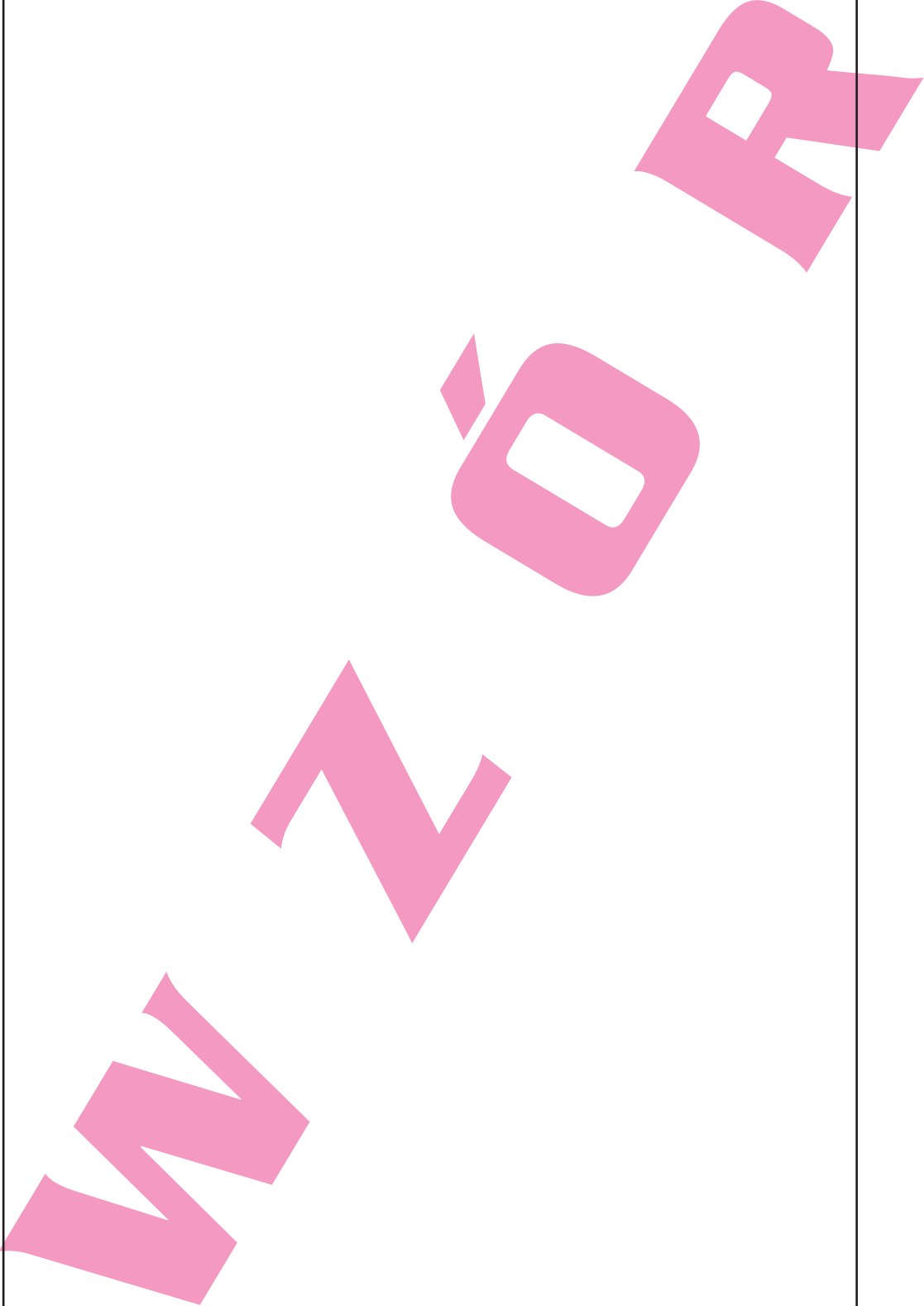
## DANE OSOBOWE DZIECKA

Imię i nazwisko dziecka	
Data, miejsce urodzenia	
Imiona, nazwiska rodziców	
Adres zamieszkania	
Kontakt do rodziców (telefon, e-mail, adres do korespondencji)	
Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich i dziecka przez ..... na potrzeby organizacji wczesnego wspomagania. (placówka)	
..... (data) (podpis rodzica)	

## ORGANIZACJA WCZESNEGO WSPOMAGANIA

Numer opinii Poradni PP	
Liczba godzin zajęć tygodniowo	
Miejsce prowadzenia zajęć	
Numer Zarządzenia Dyrektora o powołaniu Zespołu	
Skład Zespołu ds. Wczesnego Wspomagania	1. .... 2. .... 3. .... 4. .... 5. ....
Zajęcia odbywają się (podać dni tygodnia, godziny zajęć): ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....	

# CELE I ZADANIA WSPOMAGANIA – HARMONOGRAM DZIAŁAŃ

Planowany termin	Zadania w zakresie wspomagania dziecka i rodziców/prawnych opiekunów	Uwagi o realizacji
		

WZÓR

# REALIZACJA ZAJĘĆ: miesiąc .....

Data .....	Czas od-do	Przebieg zajęć/usprawnienia/ćwiczenia	Podpis
Ocena funkcjonowania i aktywności dziecka:			
Wskazówki dla rodziców/ćwiczenia do wykonywania:			
Data .....	Czas od-do	Przebieg zajęć/usprawnienia/ćwiczenia	Podpis
Ocena funkcjonowania i aktywności dziecka:			
Wskazówki dla rodziców/ćwiczenia do wykonywania:			