

**DZIENNIK INDYWIDUALNYCH
ZAJĘĆ I ORGANIZACJI
WCZESNEGO WSPOMAGANIA**

rok szkolny

1. ORGANIZACJA WCZESNEGO WSPOMAGANIA

Zarządzenie dyrektora o powołaniu zespołu	Nr zarządzenia	Data i podpis
Nr opinii poradni psychologiczno-pedagogicznej		
Skład zespołu	1.	
	2.	
	3.	
	4.	
	5.	
Zajęcia wczesnego wspomagania		
Prowadzący		

2. TYGODNIOWY ROZKŁAD ZAJĘĆ

Miejsce prowadzenia zajęć:

Obowiązujący od dnia
Dni tygodnia	w godzinach od – do	w godzinach od – do	w godzinach od – do	w godzinach od – do
Poniedziałek				
Wtorek				
Środa				
Czwartek				
Piątek				

3. DANE OSOBOWE

Imię i nazwisko dziecka	
Data i miejsce urodzenia	
Miejsce zamieszkania	
Imiona i nazwiska rodziców (prawnych opiekunów)	
Adres zamieszkania (inny niż dziecka)	
Dane kontaktowe (telefon, e-mail, adres do korespondencji)	
Wyrażam zgodę na przetworzenie danych osobowych moich i dziecka przez placówkę na potrzeby organizacji wczesnego wspomagania	Data Podpis

4. CELE, ZADANIA I HARMONOGRAM DZIAŁAŃ WSPOMAGANIA

Planowana data zajęć	Zadania	Uwagi

4. CELE, ZADANIA I HARMONOGRAM DZIAŁAŃ WSPOMAGANIA

Planowana data zajęć	Zadania	Uwagi

7. REALIZACJA ZAJĘĆ w miesiącu

Data/czas	Przebieg zajęć	Ocena dzieci	Zalecenia dla rodziców
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			

8. OCENA POSTĘPÓW DZIECKA, WNIOSKI I ZALECENIA DO DALSZEJ PRACY

A large empty rectangular box with a black border, intended for handwritten notes, evaluations, and recommendations.

9. KONTAKTY Z OSOBAMI WSPÓLDZIAŁAJĄCYMI, INSTYTUCJAMI

Data	Przebieg	Uwagi

10. ZESTAWIENIE FREKWENCJI

Semestr I		Semestr II		% obecności
Obecnym	Nieobecnym	Obecnym	Nieobecnym	

11. OBSERWACJE