

.....  
(nazwa szkoły)

im. ....

.....  
(adres szkoły)

.....  
(województwo)

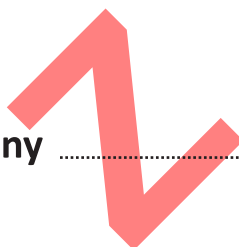
.....  
(gmina/dzielnica)



# DZIENNIK ZESPOŁOWYCH ZAJĘĆ REWALIDACYJNO-WYCHOWAWCZYCH

rok szkolny .....

grupa .....



.....  
(koordynator zespołu)

R

Ó

Z

Opracowanie: **Elżbieta Linowska**

© Copyright 2016 by Wydawnictwo EduLex s.c.

Dystrybucja:

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

tel. 22 400 28 82

fax 22 379 76 36

biuro@edulex.com.pl

www.edulex.com.pl

## SPIS TREŚCI

Dane osobowe uczniów .....	4
Dane osobowe rodziców/prawnych opiekunów .....	5
Organizacja zajęć zespołowych .....	6
Cele i zadania poszczególnych zajęć .....	6
Indywidualne programy zajęć .....	8
Wykaz obecności na zajęciach .....	14
Przebieg zajęć .....	24
Kontakty z rodzicami/instytucjami .....	70
Ocena funkcjonowania uczestnika zajęć .....	74
Zalecenia do dalszej pracy z uczniem .....	80
Zestawienie miesięczne obecności .....	84
Nadzór pedagogiczny dyrektora .....	84

### INFORMACJA DLA NAUCZYCIELA

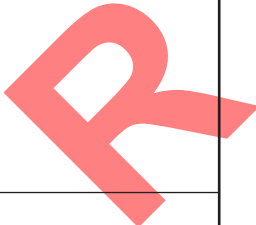
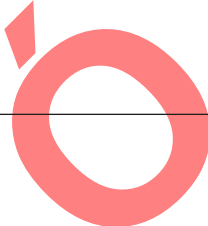
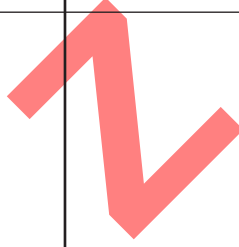
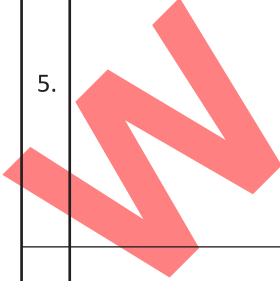
Autor mając na względzie zachowanie ciągłości zapisów przez jednego nauczyciela w całym roku szkolnym proponuje, aby strony od 24 do 69 były przydzielone proporcjonalnie do liczby zajęć do poszczególnych nauczycieli, np. zajęcia logopedyczne – str. 24–31, itd.

Chronologiczny zapis zajęć jednego typu przez cały rok szkolny będzie stanowił ułatwienie w pracy nauczyciela i pozwalał śledzić, bez potrzeby przerzucania stron, przebieg działań nauczyciela.

## DANE OSOBOWE UCZNIÓW

Lp.	Nr z Księgi uczniów /wychowanków	Nr orzeczenia PPP	Drugie imię	Data urodzenia	Miejsce urodzenia	Adres zamieszkania
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

## DANE OSOBOWE RODZICÓW/PRAWNYCH OPIEKUNÓW

Lp.	Imiona i nazwiska	Adresy zamieszkania rodziców/prawnych opiekunów telefon, e-mail
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

## ORGANIZACJA ZAJĘĆ ZESPOŁOWYCH

Lp.	Rodzaj zajęć	Liczba godzin tygodniowo	Prowadzący
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

## CELE I ZADANIA POSZCZEGÓLNYCH ZAJĘĆ

Rodzaj zajęć: .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Rodzaj zajęć: .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

# INDYWIDUALNE PROGRAMY ZAJĘĆ\*

Uczeń: .....

W  
Z  
Ó  
R

\* Dopuszcza się wklejenie wydruku komputerowego

# WYKAZ OBECNOŚCI NA ZAJĘCIACH ..... (miesiąc)

Tydzień ..... od ..... do .....

Lp.	Poniedziałek						Wtorek						Środa						Czwartek						Piątek					
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
1.																														
2.																														
3.																														
4.																														
5.																														
6.																														

Tydzień ..... od ..... do .....

Lp.	Poniedziałek						Wtorek						Środa						Czwartek						Piątek					
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
1.																														
2.																														
3.																														
4.																														
5.																														
6.																														

Tydzień ..... od ..... do .....

Lp.	Poniedziałek						Wtorek						Środa						Czwartek						Piątek					
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
1.																														
2.																														
3.																														
4.																														
5.																														
6.																														

Tydzień ..... od ..... do .....

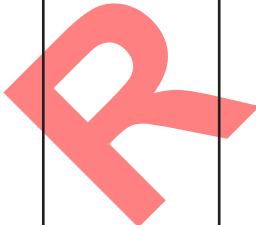
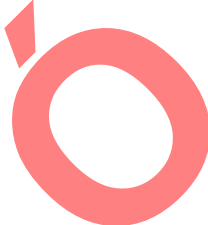

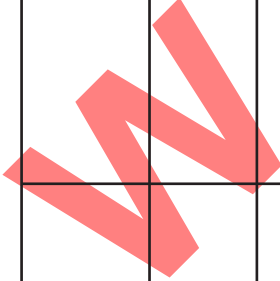
Lp.	Poniedziałek						Wtorek						Środa						Czwartek						Piątek					
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
1.																														
2.																														
3.																														
4.																														
5.																														
6.																														



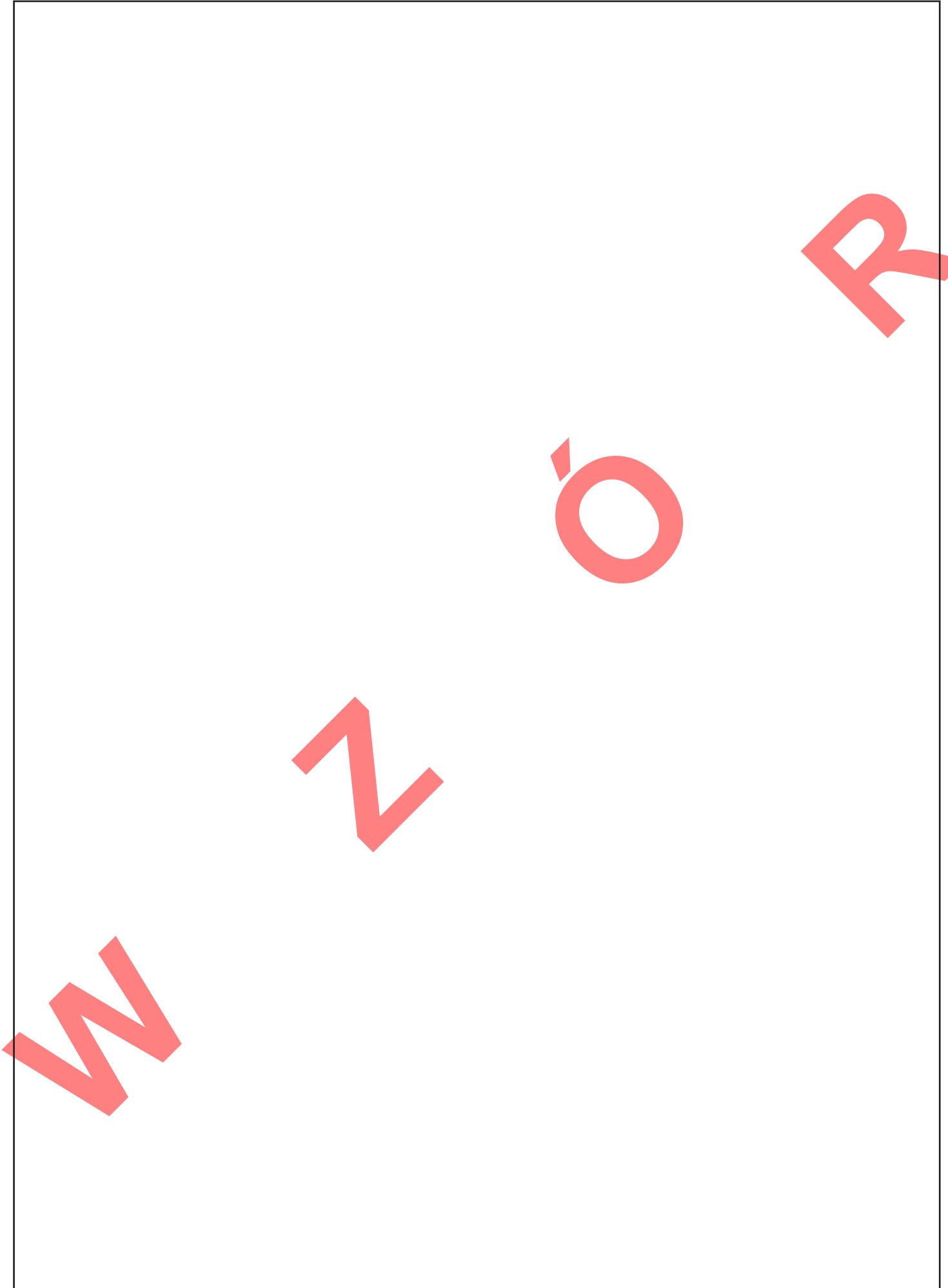
# PRZEBIEG ZAJĘĆ

Rodzaj zajęć: .....

Nauczyciel: .....

Data	Nr kolejny zajęć	Usprawnienia/ćwiczenia/ocena aktywności uczestnika	Obecnych	Podpis
				
				
				
				

## KONTAKTY Z RODZICAMI/INSTYTUCJAMI



# OCENA FUNKCJONOWANIA UCZESTNIKA ZAJĘĆ

Uczeń: .....

W  
Z  
O  
R

## ZALECENIA DO DALSZEJ PRACY Z UCZNIEM

Uczeń: .....

R

Ó

Uczeń: .....

Z

W

## ZESTAWIENIE MIESIĘCZNE OBECNOŚCI

Miesiąc	Liczba uczniów	Ilość godzin			% obecności	Liczba dni, w których zajęcia	
		obecnych	nieobecnych	razem		obyły się	nie obyły się z powodów innych niż dni ustawowo wolne
Wrzesień							
Październik							
Listopad							
Grudzień							
Styczeń							
Luty							
Marzec							
Kwiecień							
Maj							
Czerwiec							
Razem:							

## NADZÓR PEDAGOGICZNY DYREKTORA

Lp.	Data	Forma nadzoru	Rodzaj, numer dokumentu z nadzoru*	Podpis dyrektora/ wicedyrektora
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				

\* wpisać: numer protokołu kontroli sprawozdania, arkusza obserwacji lub uwagi