

.....
(nazwa szkoły)

im.

.....
(adres szkoły)

.....
(województwo)

.....
(gmina/dzielnica)

DZIENNIK

INDYWIDUALNYCH ZAJĘĆ

I ORGANIZACJI WCZESNEGO WSPOMAGANIA

rok szkolny

Imię i nazwisko dziecka:

.....
(koordynator Zespołu)

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

INDYWIDUALNY PROGRAM ZAJĘĆ Wczesnego WSPOMAGANIA*

* Dopuszcza się wklejenie wydruku komputerowego

REALIZACJA ZAJĘĆ: miesiąc

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