Załącznik 9

Pieczątka szkoły/przedszkola

**Zaświadczenie**

Imię i nazwisko dziecka……………………………………………………………………….………………….

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna………………………………………………………………………………..

Czy dziecko posiada opracowany Indywidualny Program Rewalidacyjno-Wychowawczy na bieżący rok szkolny? ……………

Formy pomocy jakimi dziecko jest objęte, ponad obowiązkowy program nauczania:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rodzaj wsparcia** | **Liczba godzin** | | | |
| **zajęcia grupowe** | | **zajęcia indywidualne** | |
| w tygodniu | w miesiącu | w tygodniu | w miesiącu |
| pedagog |  |  |  |  |
| pedagog specjalny |  |  |  |  |
| oligofrenopedagog |  |  |  |  |
| psycholog |  |  |  |  |
| logopeda |  |  |  |  |
| Inny specjalista (jaki?): |  |  |  |  |
| wsparcie w ramach rehabilitacji fizycznej: |  |  |  |  |

Czy dziecko ma możliwość skorzystania ze wsparcia innych specjalistów, zapewnionego przez szkołę/przedszkole, a rodzic/opiekun zrezygnował z proponowanej formy pomocy ?……………….

Jeśli tak, to proszę o wskazanie z pomocy jakich specjalistów dziecko może dodatkowo skorzystać:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rodzaj wsparcia** | **Liczba godzin** | | | |
| **zajęcia grupowe** | | **zajęcia indywidualne** | |
| w tygodniu | w miesiącu | w tygodniu | w miesiącu |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Inne uwagi szkoły/przedszkola w zakresie organizowania dla dziecka przez OPS dostępu do zajęć rewalidacyjno-wychowawczych oraz rehabilitacji

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………….

………………..……………………………………….

Data i podpis osoby wystawiającej zaświad