



.....
(pieczęć placówki)

.....
(miejscowość, data)

OPINIA PLACÓWKI
dla potrzeb Zespołu Orzekającego w celu
wydania orzeczenia o potrzebie zajęć rewalidacyjno – wychowawczych

Imię/imiona i nazwisko dziecka/uczestnika zajęć

.....

Data i miejsce urodzenia

.....

Nazwa placówki/klasa/grupa

.....

Wpływ stanu zdrowia na funkcjonowanie podczas zajęć

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Mocne strony, potencjały rozwojowe

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Niezbędny sprzęt specjalistyczny i środki dydaktyczne, w tym środki z wykorzystaniem technologii informacyjno-komunikacyjnych

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Inne istotne informacje i spostrzeżenia

.....
.....
.....
.....
.....
.....

W przypadku uczestników z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębokim już objętych zajęciami rewalidacyjno-wychowawczymi – prosimy o dołączenie w formie załącznika okresowej oceny funkcjonowania uczestnika.

.....
(podpis wychowawcy lub specjalistów)

.....
(pieczęć i podpis dyrektora)