Gieraszowice, …………………….

**Plan działań prowadzonych w roku szkolnym …………….. w ramach kształcenia specjalnego i pomocy psychologiczno-pedagogicznej**

Uczeń: **……………………………..** Klasa: **……………..**

**Zajęcia rewalidacyjne** w formie zajęć …………………., w wymiarze …………./tydzień - nauczyciel …………………………:

- dzień - godzina

**Zajęcia logopedyczne** - nauczyciel ………………………….:

- dzień - godzina

Inne formy zajęć:

Zajęcia korekcyjno-kompensacyjne

Zajęcia dydaktyczno-wyrównawcze

Zajęcia rozwijające kompetencje społeczne

Zajęcia rozwijające umiejętność uczenia się

Konsultacje z pedagogiem szkolnym

Konsultacje z pedagogiem specjalnym

Nauczyciel współorganizujący

Potwierdzam zapoznanie się z planem zajęć.

………………………………………………………………………….

Data i podpis rodzica