

Imię i nazwisko ucznia	Data rozpoczęcia zajęć			Godziny	Typ
PESEL	Imiona i nazwiska rodziców	opiekuna prawnego			

DZIENNIK INDYWIDUALNYCH ZAJĘĆ REWALIDACYJNO-WYCHOWAWCZYCH

rok szkolny

uczeń:

WZŁÓR

Prowadzący zajęcia					Kierownik filii	
.....					

KONTAKTY INFORMACJE OGÓLNE KLASYCYMI
psycholog, lekarz, opiekun, pielęgniarz, rodzice

Imię i nazwisko ucznia

Data i miejsce urodzenia Określ w całości

PESEL

Imiona i nazwiska rodziców / opiekuna prawnego

Adres zamieszkania

Kwalifikacja do zajęć

Informacja o dziecku

WZŁÓR

CHARAKTERYSTYKA UCZNI

WZÓR

KONTAKTY Z OSOBAMI WSPÓLDZIAŁAJĄCYMI
(psycholog, lekarz, opiekun, pielęgniarka, rodzic)

Data	Notatka z rozmów, czego dotyczyła	Osoba współdziałająca podpis nauczyciela

WZÓR

Indywidualne zajęcia rewalidacyjno-wychowawcze

Miesiąc

Data, godzina	Kierunek usprawniania	Informacja o przebiegu zajęć	Uwagi z obserwacji, podpis
<h1>WZÓR</h1>			

OCENA POSTĘPÓW UCZNI

ZA ROK SZKOLNY

WZŁÓŻ