

TYGODNIOWY ROZKŁAD ZAJĘĆ

Ważny od dnia do dnia

Lp.	Godz.	Poniedziałek	Wtorek	Środa	Czwartek	Piątek
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						

Ważny od dnia do dnia

Lp.	Godz.	Poniedziałek	Wtorek	Środa	Czwartek	Piątek
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						

Ważny od dnia do dnia

Lp.	Godz.	Poniedziałek	Wtorek	Środa	Czwartek	Piątek
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						

INFORMACJE O UCZNIACH

Lp.	Data urodzenia	Miejsce urodzenia	PESEL	Adres rodziców (opiekunów), telefon
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

WZŁÓR

WYKAZ OBECNOŚCI UCZNIÓW NA ZAJĘCIACH

Lp.	Semestr I		Semestr II		DATA															
	Ogółem zajęć		Ogółem zajęć																	
	Ob	Nb	Ob	Nb																
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				

WZŁÓŻ

<p>Problemy związane z... na wykładzie...</p>		<p>Wzrost... zwiększenie... zwiększenie...</p>
<p>Wzrost... zwiększenie...</p>		<p>Wzrost... zwiększenie...</p>
<p>Wzrost... zwiększenie...</p>		<p>Wzrost... zwiększenie...</p>

WZÓR

Nazwisko i imię ucznia Klasa

Rok szkolny semestr

<p>Podstawa zakwalifikowania na zajęcia (diagnoza)</p>		
<p>Indywidualny program terapii</p>		
<p>Analiza postępów dziecka, wnioski, zalecenia do dalszej pracy</p>		

WZÓR

REALIZACJA PROGRAMU ZAJĘĆ

Lp.	Data Temat zajęć		Nr kolejny zajęć	Lp.	Data Temat zajęć		Nr kolejny zajęć
	Ćwiczenia	Uwagi o pracy dziecka	Podpis		Ćwiczenia	Uwagi o pracy dziecka	Podpis
1				1			
2				2			
3				3			
4				4			
5				5			
6				6			
7				7			
8				8			
9				9			
10				10			

WZŁÓŻ