

.....  
(nazwa szkoły)

.....  
(adres szkoły)

.....  
(województwo)

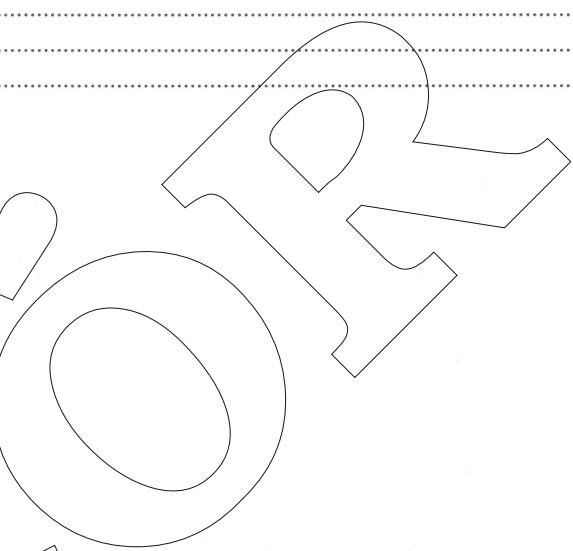
.....  
(gmina/dzielnica)

# DZIENNIK ZAJĘĆ I ORGANIZACJI WCZESNEGO WSPOMAGANIA GRUPY

**rok szkolny** .....

.....  
(koordynator zespołu)

..... 3  
 ..... 3  
 ..... 4  
 ..... 5  
 ..... 6  
 ..... 9  
 ..... 12  
 ..... 15  
 ..... 26  
 ..... 29  
 ..... 32  
 ..... 32  
 ..... 33



**1. ORGANIZACJA Wczesnego**

Zarządzenie dyrektora o powołaniu zespołu	Nr zarządzenia		
Skład zespołu	1.		
	2.		
	3.		
	4.		
	5.		
Zajęcia wczesnego wspomagania			
Prowadzący			

**2. TYGODNIOWY ROZWIĄZANIE**

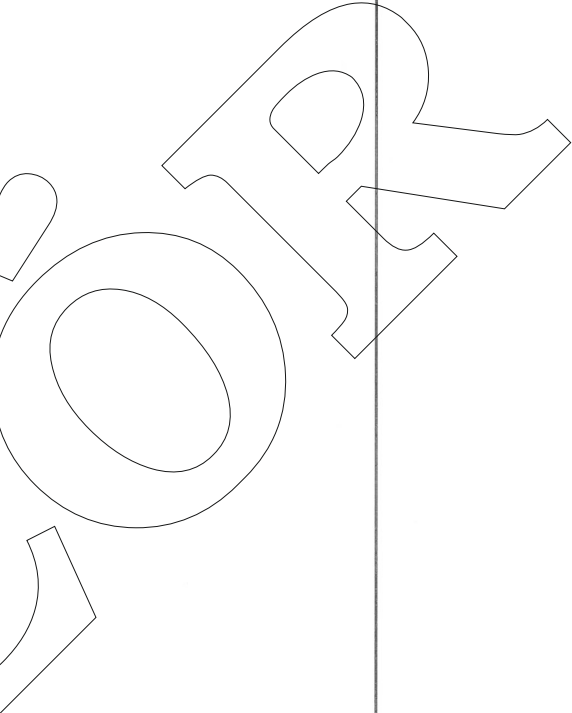
Obowiązujący od dnia	.....	
Dni tygodnia	w godzinach od – do	w godzinach
Poniedziałek		
Wtorek		
Środa		
Czwartek		
Piątek		

## OSOBOWE DZIECI

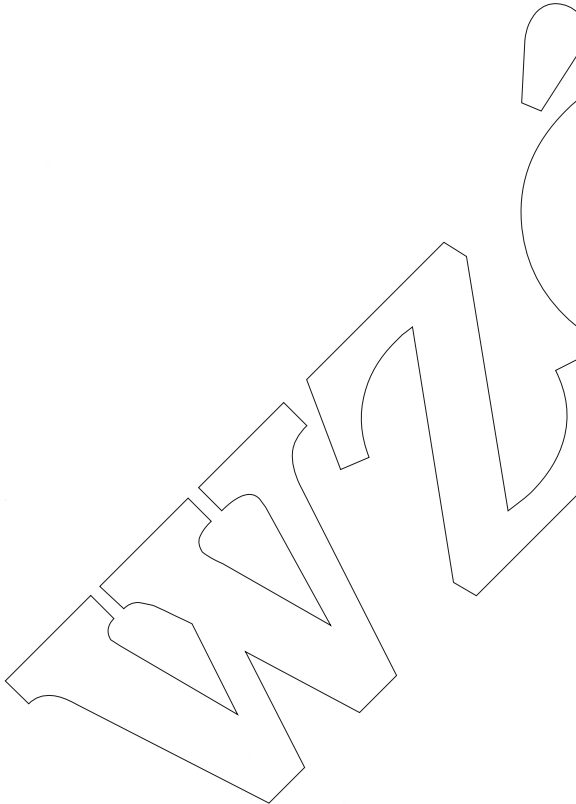
Imię i nazwisko i miejsce urodzenia	Adres zamieszkania

## 4. DANE OSOBOWE RODZICÓW

Imiona, nazwiska rodziców (prawnych opiekunów)	Adres zamieszkania (inny niż dziecka)	Dane kontaktowe (telefon, e-mail, adres do korespondencji)

	Uwagi
	

Imię i nazwisko dziecka: .....





8. REALIZACJA ZAJĘĆ w miesiącu .....

Ocena dzieci	Zalecenia dla rodziców

Data/czas	Przebieg zajęć
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	



Data	Przebieg
	

**IE FREKWENCJI**

Semestr I		Semestr II		% obecności
nych	Nieobecnych	Obecnych	Nieobecnych	

**ERWACJE**

WZ

**13. NOTAT**

WZ