

.....
Pieczęć szkoły**Opinia wychowawcy klasy/pedagoga/psychologa szkolnego/doradcy zawodowego
dotycząca indywidualnej potrzeby udziału ucznia/uczennicy
w projekcie „Szkolne Supermoce”, nr: FELU.10.03-IZ.00-0236/23**

Imię i nazwisko ucznia/uczennicy.....

Klasa Rok szkolny

**NALEŻY WYPEŁNIĆ TE CZĘŚCI, KTÓRE DOTYCZĄ UCZNIA/UCZENNICY
W ZALEŻNOŚCI OD WYBRANEJ PRZEZ NIEGO/NIEJ FORMY WSPARCIA.****CZĘŚĆ I – dotyczy zajęć dydaktyczno–wyrównawczych**

L.p.	Nazwa zajęć dydaktyczno–wyrównawczych wybranych przez ucznia/uczennicę (należy wpisać nazwę zgodną z Regulaminem rekrutacji/Formularzem zgłoszeniowym)	Przedmiot, którego dotyczy ocena/opinia	Ocena z poprzedniego roku szkolnego lub semestru lub opinia wynikająca ze zdiagnozowanych braków UP (w skali 1-6) ¹
1.			
2.			
3.			
4.			

CZĘŚĆ II – dotyczy zajęć rozwijających uzdolnienia

L.p.	Nazwa zajęć rozwijających uzdolnienia wybranych przez ucznia/uczennicę (należy wpisać nazwę zgodną z Regulaminem rekrutacji/Formularzem zgłoszeniowym)	Przedmiot, którego dotyczy ocena/opinia	Ocena z poprzedniego roku szkolnego lub semestru lub opinia wynikająca ze zdiagnozowanych uzdolnień UP (w skali 1-6) ²
1.			
2.			
3.			
4.			

¹ Skala 1 – 6 odzwierciedlająca oceny szkolne, tj. wiedzy na poziomie 1 – niedostatecznym, (...), 6 celującym.² Skala 1 – 6 odzwierciedlająca oceny szkolne, tj. wiedzy na poziomie 1 – niedostatecznym, (...), 6 celującym.

**CZĘŚĆ III – dotyczy zajęć rozwijających zainteresowania**

L.p.	Nazwa zajęć rozwijających zainteresowania wybranych przez ucznia/uczennicę (należy wpisać nazwę zgodną z Regulaminem rekrutacji/Formularzem zgłoszeniowym)	Potrzeba uczestnictwa wynikająca ze zdiagnozowanych indywidualnych zainteresowań (w skali od 1 do 6) ³
1.		
2.		
3.		

Część IV – dotyczy form wsparcia w zakresie pomocy psychologiczno-pedagogicznej

L.p.	Nazwa formy wsparcia w zakresie pomocy psychologiczno-pedagogicznej wybranej przez ucznia/uczennicę (należy wpisać nazwę zgodną z Regulaminem rekrutacji/Formularzem zgłoszeniowym)	Czy zdiagnozowano potrzebę wsparcia w zakresie pomocy psychologiczno-pedagogicznej
1.		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
2.		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
3.		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

Część V - dotyczy form wsparcia w zakresie doradztwa edukacyjno-zawodowego

L.p.	Nazwa formy wsparcia w zakresie doradztwa edukacyjno-zawodowego wybranej przez ucznia/uczennicę (należy wpisać nazwę zgodną z Regulaminem rekrutacji/Formularzem zgłoszeniowym)	Czy zdiagnozowano niskie umiejętności określania celów życiowych/edukacyjno-zawodowych?
1.		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
2.		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
3.		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis wychowawcy klasy/pedagoga/psychologa
szkolnego/doradcy zawodowego⁴

³ Skala 1 – 6 , gdzie 1 oznacza najmniejszą potrzebę wynikającą ze zdiagnozowanych indywidualnych zainteresowań, a 6 największą potrzebę wynikającą ze zdiagnozowanych zainteresowań.

⁴ Niepotrzebne skreślić