

.....  
pieczęć szkoły

....., dnia .....

## **Informacja o uczniu**

dla potrzeb Zespołu Opiniującego  
Niepublicznej Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej Centrum Diagnostyczno  
rehabilitacyjne Neuro – Thera – Med w Koszalinie

**Imię i nazwisko:** .....

**Data urodzenia:**.....

**Szkoła:** ..... **Klasa:** .....

### **1. Umiejętności i wiadomości szkolne:**

Język polski:

- pisanie:

.....  
.....  
.....

- czytanie:

.....  
.....  
.....

- wypowiedzi ustne:

.....  
.....  
.....

- poziom graficzny pisma:

.....  
.....  
.....

Matematyka:

.....  
.....  
.....

Inne przedmioty:

.....  
.....  
.....

Inne trudności:

.....  
.....  
.....

Czy uczeń powtarzał klasę: .....

**2. Poprawność artykulacyjna:**

.....  
.....  
.....

**3. Mocne strony ucznia:**

.....  
.....  
.....

**4. Funkcjonowanie społeczne ucznia:**

1) Przestrzeganie norm na lekcjach i w czasie przerw:

.....  
.....  
.....  
.....

2) Stosunek ucznia do rówieśników:

.....  
.....  
.....  
.....

**5. Pomoc psychologiczno – pedagogiczna udzielona uczniowi na terenie szkoły w formie zajęć (określić czas trwania zajęć)**

- dydaktyczno wyrównawcze  
.....
- korekcyjno – kompensacyjne  
.....
- logopedyczne  
.....
- socjoterapeutyczne  
.....
- inne o charakterze terapeutycznym  
.....

**6. Zaangażowanie ucznia w pokonywanie trudności szkolnych, motywacja do nauki, przygotowanie do lekcji**

.....  
.....  
.....  
.....

**7. Współpraca rodziców ze szkołą**

.....  
.....  
.....  
.....

**8. Inne informacje o uczniu ( środowisko rodzinne, społeczne, stan zdrowia, inne)**

.....  
.....  
.....  
.....

.....  
podpis wychowawcy