

..... dnia

.....
(pieczęćka szkoły)

OPINIA nauczycieli o uczniu kierowanym do badań kontrolnych w Poradni
w związku ze stwierdzoną dysleksją rozwojową
(dysleksja, dysgrafia, dysortografia)

Nazwisko i imię ucznia

Data urodzenia

Szkoła i klasa

Termin poprzedniego badania:

Diagnoza:

Realizacja zaleceń po badaniach
- dotycząca indywidualizacji nauczania

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

- dotycząca terapii pedagogicznej (lub zajęć korekcyjno-kompensacyjnej)

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

- dotycząca pracy samokształceniowej

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

Osiągnięte efekty pracy:

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

.....
.....

Aktualne trudności

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

Mocne strony ucznia

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

.....

Data

.....

Podpis osoby wypełniającej