**OCENA PRZEBIEGU REWALIDACJI  
ROK SZKOLNY ………………….**

1. Imię i nazwisko dziecka :
2. Klasa:
3. Podstawa objęcia ucznia terapią:
4. Data rozpoczęcia terapii:
5. Forma zajęć:
6. Przebieg terapii:
7. Ilość spotkań:

* Uczeń uczestniczył w ………… godzinach zajęć rewalidacyjnych;
* Zajęcia, które nie odbyły się z powodu nieobecności ucznia: ……… godzin

1. Rodzaj deficytów (zaburzeń) poddanych oddziaływaniom terapeutycznym:

|  |
| --- |
|  |

1. Efekty rewalidacji (co się udało usprawnić):

|  |
| --- |
|  |

1. Podsumowanie zajęć rewalidacyjnych:

|  |
| --- |
|  |

1. Wnioski i wskazówki do dalszej pracy rewalidacyjnej :

|  |
| --- |
|  |

Data i podpis nauczyciela:

*Wyjaśnienie: uzupełnione sprawozdania należy przesłać do dyrektora szkoły poprzez dziennik elektroniczny Librus (jako załącznik do wiadomości)*