**Zał. 9**

**INFORMACJA O ORGANIZACJI na rok szkolny 2023/2024**

**/dot. uczniów szkół ogólnodostępnych/ z oddziałami integracyjnymi/integracyjnych**

**A. W ZAKRESIE ZINDYWIDUALIZOWANEJ ŚCIEŻKI KSZTAŁCENIA W OPARCIU O POSIADANĄ OPINIĘ PORADNI PSYCHOLOGICZNO – PEDAGOGICZNEJ**

\*załącznik dotyczy także zmiany do arkusza organizacji sporządzanej do 30 września br.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Klasa** | **Zaplanowane zajęcia w ramach organizacji zindywidualizowanej ścieżki kształcenia** | **Tygodniowa liczba godzin zajęć w ramach organizacji zindywidualizowanej ścieżki kształcenia** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**B.**  **ZAJĘCIA** **W ZAKRESIE** **POMOCY PSYCHOLOGICZNO – PEDAGOGICZNEJ**

\*załącznik dotyczy także zmiany do arkusza organizacji, sporządzanej do 30 września br.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj zaplanowanych zajęć**  | **Tygodniowa liczba godzin zajęć****indyw./grupowych**  | **Liczba uczniów****korzystających z danych zajęć****indyw./grupowych** | **Kwalifikacje nauczyciela prowadzącego dane zajęcia**  | **uwagi** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**C. W ZAKRESIE REALIZACJI art. 42a, art. 42d ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2021 r. poz. 1762 z późn. zm.) - SPECJALIŚCI**

\*załącznik dotyczy także zmiany do arkusza organizacji, sporządzanej do 30 września br.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Liczba dzieci/uczniów** | **Zatrudnieni specjaliści** | **Wymiar zatrudnienia****godz./etat** | **Liczba etatów wynikających** **z przepisów** |
|  | 1. Pedagog
 |  |  |
|  | 1. Pedagog specjalny
 |  |  |
|  | 1. Psycholog
 |  |  |
|  | 1. Logopeda
 |  |  |
|  | 1. Terapeuta
 |  |  |
|  | 1. …….
 |  |  |
|  | 1. …….
 |  |  |

**D. W ZAKRESIE ZAJĘĆ REWALIDACYJNYCH dla uczniów szkół ogólnodostępnych/ z oddziałami integracyjnymi/integracyjnych posiadających orzeczenie do kształcenia specjalnego**

\*załącznik dotyczy także zmiany do arkusza organizacji, sporządzanej do 30 września br.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Uczeń /bez danych osobowych, takich jak imię i nazwisko** | **typ szkoły****SP,LO,T,Branż/klasa** | **Rodzaj niepełnosprawności** | **Liczba godzin zaj.rew.** | **Kwalifikacje nauczyciela prowadzącego te zajęcia** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |