**Zał. 9**

**INFORMACJA DO ORGANIZACJI ARKUSZA LUB ZMIANY - na rok szkolny 2025/2026**

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

\*załącznik do projektu arkusza i do zmiany zatwierdzonego arkusza organizacji sporządzanego 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.**  **W ZAKRESIE** **POMOCY PSYCHOLOGICZNO – PEDAGOGICZNEJ**

\*załącznik do projektu arkusza i do zmiany zatwierdzonego arkusza organizacji sporządzanego do 30 września br.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj zaplanowanych zajęć pomocy psychologiczno - pedagogicznej** | **Tygodniowa liczba godzin zajęć pomocy psychologiczno - pedagogicznej** | **Liczebność grupy** | **Imię i nazwisko nauczyciela**  **prowadzącego zajęcia pomocy psychologiczno - pedagogicznej** | **Kwalifikacje nauczyciela prowadzącego zajęcia pomocy psychologiczno - pedagogicznej** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**C.** **W ZAKRESIE** **KSZTAŁCENIA SPECJALNEGO DLA UCZNIÓW POSIADAJĄCYCH ORZECZENIE O POTRZEBIE KSZTAŁCENIA SPECJALNEGO   
/w szkołach ogólnodostępnych i integracyjnych, z oddziałami integracyjnymi**

\*załącznik do projektu arkusza i do zmiany zatwierdzonego arkusza organizacji sporządzanego do 30 września br.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj niepełnosprawności**  **ucznia x** | **Klasa ogóln/ingrac**  (np. I a- integ. I b – ogóln./**nr zał. z rozp o ramowych planach nauczania dla ucznia** | **Imię i nazwisko nauczyciela**  **współorganizującego kształcenie** | **Kwalifikacje nauczyciela** **współorganizującego** | **Rodzaj zaplanowanych zajęć rewalidacyjnych** | **Nauczyciel prowadzący zajęcia rewalidacyjne** | **Kwalifikacje nauczyciela prowadzącego zajęcia rewalidacyjne** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**D. W ZAKRESIE REALIZACJI art. 42a, art. 42d ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2024 r. poz. 986) - SPECJALIŚCI**

\*załącznik do projektu arkusza i do zmiany zatwierdzonego arkusza organizacji sporządzanego do 30 września br.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Liczba  dzieci/uczniów** | **Zatrudnieni specjaliści** | **Wymiar zatrudnienia**  **godz./etat** | **Liczba etatów wynikających**  **z przepisów** | **Jeśli specjalista w ramach etatu prowadzi zajęcia rewalidacyjne lub specjalistyczne, wskazać wymiar etatu w ramach którego są realizowane** |
|  | 1. Pedagog |  |  |  |
| 1. Pedagog specjalny |  |  |  |
| 1. Psycholog |  |  |  |
| 1. Logopeda |  |  |  |
| 1. Neurologopeda |  |  |  |
| 1. Terapeuta pedag. |  |  |  |

\*Jeżeli więcej osób jest zatrudnionych na danym stanowisku, należy rozszerzyć tabelkę

**F.INFORMACJA NA TEMAT INDYWIDUALNYCH ZAJĘĆ REWALIDACYJNO-WYCHOWAWCZYCH**

**dotyczy SZKÓŁ SPECJALNYCH /ew ogólnodostępnych i integracyjnych**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Numer orzeczenia** | **Rodzaj niepełnosprawności** | **Tygodniowa liczba godzin zajęć** | **Imię i nazwisko nauczyciela prowadzącego zajęcia** | **Kwalifikacje nauczyciela** |
|  |  |  |  |  |

**G. INFORMACJA NA TEMAT ZESPOŁOWYCH ZAJĘĆ REWALIDACYJNO-WYCHOWAWCZYCH**

**dotyczy SZKÓŁ SPECJALNYCH /ew.ogólnodostępnych i integracyjnych**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Numer orzeczenia** | **Rodzaj niepełnosprawności** | **Tygodniowa liczba godzin zajęć** | **Imię i nazwisko nauczyciela prowadzącego zajęcia** | **Kwalifikacje nauczyciela** |
|  |  |  |  |  |