*Załącznik nr …… do protokołu z dnia ………r.*

**SPRAWOZDANIE Z POMOCY PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNEJ**

**- REWALIDACJA**

PROWADZĄCY: ……………………….

TYGODNIOWY WYMIAR GODZIN NAUCZYCIELA:

1. METRYCZKA

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Imię i Nazwisko | Klasa | Orzeczenie | Tygodniowy wymiar godzin |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. EFEKTY PRACY REWALIDACYJNEJ

 …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. REKOMENDACJE

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*………………………………*

 *podpis nauczyciela*