Imię i nazwisko Konsultanta:

| Rodzaj konsultacji | Osoba uczestnicząca  w konsultacji | Powód zgłoszenia na konsultacje | Zastosowane oddziaływania (np. wsparcie, wskazanie sposobów postępowania, wskazanie procedur postępowania, skierowanie na pogłębione konsultacje/diagnozę |
| --- | --- | --- | --- |
| ☐ logopedia  ☐wsparcie w zakresie zaburzeń rozwojowych  ☐z obszaru trudności edukacyjnych i wychowawczych w okresie 3-6 lat | ☐rodzic/opiekun prawny  ☐nauczyciel  ☐nauczyciel specjalista  Wiek :  Płeć :  ☐kobieta  ☐mężczyzna  ☐ inna  Konsultacja dotyczyła:  ☐osoby dorosłej  [wiek:....  płeć:......]  ☐ dziecka  [wiek:....  płeć:......  czy uczeń z doświadczeniem migracji ……..  czy uczeń z Ukrainy ………….  uczeń z grupy specjalnych potrzeb edukacyjnych:   * niepełnosprawność intelektualna * zaburzenie ze spektrum autyzmu * zaburzenie rozwoju językowego * dysfunkcja słuchu * dysfunkcja wzroku * zaburzenia uczenia * uczeń zdolny] |  |  |

Podpis Konsultanta:

Podpis Pacjenta: