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 specjalistaWiek :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: