

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)
<input type="checkbox"/> logopedia <input type="checkbox"/> wsparcie w zakresie zaburzeń rozwojowych <input type="checkbox"/> z obszaru trudności edukacyjnych i wychowawczych w okresie 3-6 lat	<input type="checkbox"/> rodzic/opiekun prawny <input type="checkbox"/> nauczyciel <input type="checkbox"/> nauczyciel specjalista Wiek : Płeć : <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> inna Konsultacja dotyczyła: <input type="checkbox"/> osoby dorosłej [wiek:.... płeć:.....] <input type="checkbox"/> 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		

- | | | | |
|--|--|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none">- dysfunkcja wzroku- zaburzenia uczenia- uczeń zdolny] | | |
|--|--|--|--|

Podpis Konsultanta:

Podpis Pacjenta: