

Pieczęć szkoły/placówki

Łódź, dnia .....

**OPINIA NAUCZYCIELI, WYCHOWAWCÓW LUB SPECJALISTÓW  
O FUNKCJONOWANIU UCZNIĄ**  
na potrzeby zespołu orzekającego działającego w publicznej poradni  
psychologiczno-pedagogicznej (dotyczy nauczania indywidualnego)

*Wydana na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych z dnia 2 marca 2026 r.*

**Imię (imiona) i nazwisko:** .....  
**Data i miejsce urodzenia:** .....  
**Nazwa i adres szkoły/placówki:** .....  
**Klasa/Oddział:** .....

**1. Ogólna ocena sytuacji szkolnej ucznia ze względu na stan zdrowia:**

*(Frekwencja, okresy absencji, czy uczeń obecnie uczęszcza do szkoły, w jaki sposób choroba nagle lub przewlekle uniemożliwia/znacznie utrudnia uczęszczanie na zajęcia)*

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**2. Dotychczasowe funkcjonowanie ucznia w okresie obecności w szkole:**

- A. Sfera edukacyjna i poznawcza:** *(Opanowanie podstawy programowej, tempo pracy, koncentracja uwagi, uzdolnienia i mocne strony ucznia)*

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

- B. Sfera emocjonalno-społeczna:** *(Relacje z klasą i nauczycielami, samopoczucie w szkole, radzenie sobie ze stresem wynikającym z choroby/nieobecności)*

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**3. Trudności i bariery edukacyjne wynikające ze stanu zdrowia ucznia:**

*(Wpływ choroby/leczenia na proces uczenia się – np. szybka męczliwość, wahania nastroju, spadek koncentracji uwagi, ból, trudności w komunikacji)*

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**4. Działania wspierające podjęte dotychczas przez szkołę w związku z chorobą ucznia:**

*(Formy pomocy: np. przesyłanie materiałów, konsultacje online, wsparcie psychologa szkolnego, pomoc koleżeńska. Jak uczeń na nie reaguje?)*

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**5. Możliwości i zalecane formy integracji ucznia ze środowiskiem szkolnym:**

*(W jaki sposób uczeń może i powinien uczestniczyć w życiu szkoły, by zapobiec wykluczeniu? Np. udział w wybranych zajęciach z klasą – za zgodą lekarza, udział w uroczystościach szkolnych, wycieczkach, zorganizowany kontakt online z rówieśnikami itp.)*

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**6. Niezbędne warunki do nauki i organizacja zajęć indywidualnych:**

*(Np. optymalna pora dnia na naukę z uwagi na przyjmowane leki, potrzeba częstszych/dłuższych przerw, dostosowanie tempa pracy do aktualnego samopoczucia psychofizycznego)*

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**7. Proponowane cele edukacyjne i terapeutyczne w trakcie nauczania indywidualnego:**

*(Nad czym nauczyciele muszą się skupić? Np. podtrzymanie motywacji do nauki, opanowanie kluczowych umiejętności z podstawy programowej, wsparcie w radzeniu sobie z emocjami związanymi z chorobą)*

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**8. Zapotrzebowanie na sprzęt specjalistyczny i pomoce dydaktyczne w miejscu prowadzenia zajęć:**

*(Czego fizycznie nauczyciel i uczeń będą potrzebować do pracy w domu ucznia? Np. laptop ze specjalistycznym oprogramowaniem, pomoce wizualne itp. )*

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**9. Metody oceny efektów pracy z uczniem:**

*(W jaki sposób oceniane będą postępy? Np. wydłużony czas na sprawdzianach, możliwość zaliczania partii materiału w formie ustnej, ocena postępów na podstawie kart pracy itp.)*

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**10. Współpraca z rodzicami/opiekunami prawnymi oraz proponowane formy wsparcia rodziny:**

*(Jak układa się współpraca? Jakiego wsparcia potrzebują rodzice/opiekunowie prawni ze strony poradni i szkoły w obliczu choroby dziecka?)*

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Podpisy osób sporządzających opinię (nauczyciele, wychowawcy, specjaliści):

.....  
*(Imię, nazwisko, stanowisko, podpis)*