

## **REGULAMIN OŚRODKA KOORDYNACYJNO – REHABILITACYJNO – OPIEKUŃCZEGO w Zespole Szkół Specjalnych im. W. Sherborne w Czerwionce - Leszczynach**

Podstawa prawna:

1. Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 5 września 2017r. w sprawie szczegółowych zadań wiodących ośrodków koordynacyjno – rehabilitacyjno – opiekuńczych (Dz. U. 2017r., poz. 1712)
2. Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 23 sierpnia 2017 r. w sprawie organizowania wczesnego wspomaganie rozwoju dzieci (Dz. U. 2017, poz. 1635)

### **§ 1**

1. Zespół Szkół Specjalnych im. W. Sherborne w Czerwionce - Leszczynach pełni funkcję ośrodka koordynacyjno – rehabilitacyjno – opiekuńczego w Powiecie Rybnickim w zakresie wczesnego wspomaganie rozwoju.

### **§ 2**

**Do zadań** ośrodka koordynacyjno – rehabilitacyjno – opiekuńczego należy w szczególności:

- 1) Udzielanie rodzicom specjalistycznej informacji dotyczącej problemów rozwojowych dziecka;
- 2) Wskazywanie właściwych dla dziecka i jego rodziny form kompleksowej, specjalistycznej pomocy, w szczególności rehabilitacyjnej, terapeutycznej, fizjoterapeutycznej, psychologicznej, pedagogicznej i logopedycznej;
- 3) Wskazywanie jednostek udzielających specjalistycznej pomocy dzieciom;
- 4) Organizowanie wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka w wymiarze do 5 godzin tygodniowo dla danego dziecka oraz – w zależności od potrzeb dziecka – dodatkowych usług terapeutów, fizjoterapeutów, psychologów, logopedów i innych specjalistów;
- 5) Koordynowanie korzystania z usług specjalistów dostępnych na obszarze powiatu, w tym:
  - a) Zbieranie i upowszechnianie informacji o usługach i świadczących je specjalistach,
  - b) Prowadzenie akcji informacyjnych,
  - c) Monitorowanie działań związanych z udzielaniem pomocy dzieciom i ich rodzinom.

### **§ 3**

Ośrodek może

- 1) Udzielać dzieciom i ich rodzinom kompleksowej pomocy od chwili wykrycia zagrożenia niepełnosprawnością, ze szczególnym uwzględnieniem dzieci do 3 roku życia, do podjęcia nauki w szkole;
- 2) Zapewniać specjalistyczną opiekę dziecku i jego rodzinie, w tym opiekę pielęgniarską, związaną z procesem rehabilitacji dziecka, w zależności od ich potrzeb;
- 3) Zapewniać konsultacje lekarzy różnych specjalności, w zależności od potrzeb dziecka.

## § 4

W celu zapewnienia konsultacji lekarzy różnych specjalności, usług rehabilitacji, terapii, opieki, w tym opieki pielęgniarskiej, oraz innych form kompleksowej pomocy ośrodek współpracuje z podmiotem wykonującym działalność leczniczą, ośrodkiem pomocy społecznej oraz jednostkami organizacyjnymi systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej.

## § 5

1. Dyrektor Zespołu Szkół Specjalnych im. W. Sherborne powołuje zespół specjalistów w ramach Ośrodka Koordynacyjno – Rehabilitacyjno – Opiekuńczego zwany dalej Zespołem.
2. W skład zespołu wchodzi:
  - 1) psycholog,
  - 2) logopeda,
  - 3) terapeuta SI
  - 4) rehabilitant
3. W uzasadnionych przypadkach do składu Zespołu powoływany jest lekarz.
4. Pracę zespołu koordynuje dyrektor szkoły lub osoba upoważniona przez dyrektora szkoły.
5. Do zadań Zespołu należy w szczególności:
  - 1) Kwalifikowanie dzieci do ośrodka;
  - 2) Określanie rodzaju i zakresu udzielanej dziecku specjalistycznej pomocy, w szczególności rehabilitacyjnej, terapeutycznej, fizjoterapeutycznej, psychologicznej, pedagogicznej i logopedycznej;
  - 3) Wskazywanie niezbędnych konsultacji medycznych;
  - 4) Decydowanie o zakończeniu terapii lub zmianie jej form i wymiaru;
  - 5) Wskazywanie jednostek udzielających specjalistycznej pomocy dzieciom.
6. Zespół decyduje o kwalifikacji dzieci do Ośrodka na podstawie:
  - 1) Analizy zgromadzonej dokumentacji takiej jak w szczególności:
    - Opinia Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju;
    - Orzeczenie o niepełnosprawności;
    - Orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego;
    - zaświadczenie/opinia lekarska.
  - 2) Postępowania diagnostycznego: wywiad z rodzicem, diagnoza specjalistyczna, obserwacji spontanicznej aktywności dziecka.
  - 3) Diagnozy wykonanej przez innych specjalistów, z którą dziecko zgłosiło się do Ośrodka.

7. Zespół może zalecić dodatkowe badania specjalistyczne (neurologiczne, laryngologiczne, audiologiczne itp.)
8. W zależności od potrzeb koordynator zwołuje spotkanie wszystkich specjalistów i terapeutów pracujących w ośrodku.
9. W pierwszej kolejności do Ośrodka kwalifikowane są dzieci legitymujące się najcięższymi schorzeniami i zaburzeniami.
10. W sytuacji braku miejsca w Ośrodku dziecko trafia na listę rezerwową.

## **§ 6**

1. Zajęcia w ramach Ośrodka koordynacyjno – rehabilitacyjno – opiekuńczego mogą być organizowane w wymiarze do 5 godzin tygodniowo dla danego dziecka, w zależności od możliwości psychofizycznych i potrzeb dziecka.
2. Liczba godzin, o których mowa w ust. 1, przyznawana jest przez zespół specjalistów.
3. Zajęcia w ramach Ośrodka są prowadzone indywidualnie z dzieckiem i jego rodziną.
4. Zajęcia w ramach Ośrodka są prowadzone w ciągu całego roku z wyjątkiem ferii i wakacji szkolnych oraz przerw świątecznych.
5. W celu rozwijania kompetencji społecznych i komunikacyjnych dziecka zajęcia w ramach Ośrodka mogą być prowadzone w grupie z udziałem innych dzieci objętych wsparciem w Ośrodku. Liczba dzieci w grupie nie może przekraczać 3.
6. Rodzaj zajęć realizowanych przez dziecko określa zespół specjalistów, uwzględniając analizę zgromadzonej dokumentacji, wskazania wynikające z postępowania diagnostycznego.

## **§ 7**

Obowiązkiem specjalistów i terapeutów pracujących z dzieckiem i jego rodzinom jest opracowanie indywidualnego programu zajęć oraz bieżące dokumentowanie ich przebiegu.

## **§ 8**

Co najmniej raz w roku specjaliści i terapeuci pracujący z dzieckiem dokonują oceny postępów dziecka i opracowują wnioski i zalecenia do dalszej pracy.

## **§ 9**

Specjaliści i terapeuci pracują z rodziną dziecka w szczególności poprzez:

- 1) udzielanie pomocy w zakresie kształtowania postaw i zachowań pożądanых w kontaktach z dzieckiem: wzmocnianie więzi emocjonalnej pomiędzy rodzicami i dzieckiem, rozpoznawanie zachowań dziecka i utrwalanie właściwych reakcji na te zachowania,

- 2) udzielanie instruktaży i porad oraz prowadzenie konsultacji w zakresie pracy z dzieckiem,

Załącznik 1

do Regulaminu Ośrodka koordynacyjno-rehabilitacyjno-opiekuńczego  
w Czerwionce – Leszczynach

### KWESTIONARIUSZ WYWIADU

---

#### **A. Dane badającego (Rodzic/opiekun)**

1. Imię i nazwisko osoby wypełniającej kwestionariusz, stanowisko.....
2. Data wypełnienia.....
3. Członkowie rodziny.....
4. Wiek matki.....
5. Telefon , adres e-mail.....

#### **B. Dane badanego ( dziecka)**

1. Imię i nazwisko.....
2. Data urodzenia .....
5. Rodzeństwo.....

#### **C. Opieka nad dzieckiem**

##### **1. Forma opieki ( podkreśl ) - w rodzinie,**

- w pieczy zastępczej,
- rodzinnej,
- instytucjonalnej

##### **2. Opieka pozadomowa**

- żłobek
- klub malucha przedszkole,
- szkoła

##### **3. Opiekę stałą sprawują**

- rodzice
- opiekunowie
- babcia, dziadek

-opiekun prawny - kto?

**4. Dziecko często przebywa pod opieką innych osób ?**.....

**D. Dane z okresu ciąży-porodowego (podkreśl!)**

**1. Czy ciąża przebiegała prawidłowo?** TAK NIE - jakie nieprawidłowości

-ciąża wysokiego ryzyka

-ciąża zagrożona - rodzaj patologii .....

-ciąża podtrzymywana - przebieg leczenia .....

-przyjmowane leki podczas ciąży- jakie?.....

-narażanie na używki ( alkohol, nikotyna) substancje psychoaktywne , środki chemiczne w czasie ciąży- jakie? .....

**2. Czy poród nastąpił o czasie ?** TAK NIE - w którym tygodniu?

**3. Rodzaj porodu:**

- siłami natury,

-cięcie cesarskie

- zabiegi położnicze - jakie dlaczego? .....

**4. Czy przebieg porodu był prawidłowy?** TAK NIE - jakie powikłania

**5. Czy stan dziecka po porodzie był prawidłowy?** TAK NIE - jakie nieprawidłowości

**6. Waga urodzeniowa:**.....

**7. Punkty Apgar:** .....

**8. Czy okres adaptacji i okres noworodkowy przebiegały prawidłowo?**

TAK NIE - jakie nieprawidłowości?

**E. Dane z wywiadu rodzinnego i środowiskowego**

**1. Struktura rodziny**

-pełna

-niepełna

-zrekonstruowana

**2. Rodzeństwo:**

-starsze

-młodsze

**3. Choroby i niepełnosprawności występujące w rodzinie dziecka** TAK NIE

-zaburzenia wzroku

-zaburzenia słuchu

-zaburzenia mowy

-choroby i wady genetyczne

-choroby przewlekłe

-choroby psychiczne

-niepełnosprawność ruchowa

-niepełnosprawność umysłowa

## **F. Stan zdrowia dziecka**

### **Wzrok**

**1. Leczenie okulistyczne , rodzaj leczenia czas rozpoczęcia i trwania leczenia, termin wykonania zabiegu/ zabiegów:**

- korekta okularowa wady wzroku
- okulistyczny zabieg operacyjny
- zachowawcze leczenie zeza
- zabieg okulistyczny z użyciem lasera
- inne jakie?

**2. Wady wzroku:**

- krótkowzroczność
- astygmatyzm
- nadwzroczność
- zaburzenie widzenia barw

**3. Zanik nerwu wzrokowego :**      TAK      NIE

**4. Retinopatia wcześniacza:**      TAK      NIE

### **G. Słuch**

**1. Przebyte choroby uszu:**

- zapalenie ucha środkowego      - ostre,                      przewlekłe,                      wysiękowe
- inne choroby uszu jakie?

**2.Wrodzone wady rozwojowe ucha zewnętrznego:**

- deformacja małżowiny usznej
- zwężenie przewodu słuchowego zewnętrznego

**3.Czy kiedykolwiek stwierdzono lub podejrzewano problemy ze słuchem?**

- w pierwszym okresie życia dziecka
- pogorszenie słuchu po przebytej chorobie - jakiej ?

**4. Leczenie otolaryngologiczne**

- leczenie zachowawcze
- zabiegi operacyjne - jakie , kiedy?
- aparaty słuchowe- jakiego rodzaju od kiedy?

### **H. Twarzoczaszka**

**1. Nieprawidłowości budowy, schorzenia:**

- dysmorfia twarzowa - jaka?
- wady budowy czaszki:  
małogłowie,                      wielkogłowie,                      nieprawidłowe zarastanie szwów czaszkowych

### **I. Narząd artykulacyjny**

### 1. Nieprawidłowości budowy schorzenia:

- rozszczep wargi
- krótkie wędzidełko języka
- wady uzębienia
- rozszczep podniebienia
- podniebienie gotyckie
- rozległa próchnica zębów
- krótkie wędzidełka warg

### 2. Nieprawidłowości funkcji:

- obniżenie sprawności w funkcjach fizjologicznych: **kontroli śliny, ssania, połykania, gryzienia, żucia**
- obniżenie sprawności w artykulowaniu głosek: **niewielkie, średniego stopnia, poważne**

## J. Narządy wewnętrzne

### 1. Serce

- wrodzona wada serca - jaka?
- inne schorzenia - jakie?

### 2. Układ oddechowy

- zniekształcenie klatki piersiowej
- astma oskrzelowa
- przebyta dysplazja oskrzelowo- płucna
- częste infekcje dróg oddechowych górnych / dolnych
- Inne problemy - jakie?

---

## J. Problemy zdrowotne dotyczące skóry lub włosów:

TAK

NIE

---

### 1. Inne wady i choroby genetyczne:

TAK

NIE

---

### 2. Przebyte poważne urazy ciała i operacje chirurgiczne

TAK

NIE

---

### 3. Leki przyjmowane przez dłuższy okres czasu lub stałe

TAK

NIE

---

### 4. Czy u dziecka została postawiona diagnoza lekarska?

TAK

NIE

---

## K. Czy dziecko korzysta lub korzystało z pomocy specjalistów?

- psycholog
- logopeda
- pedagog
- terapeuta integracji sensorycznej

-fizjoterapeuta

**Lekarz specjalista:**

-neurolog dziecięcy

- psychiatra dziecięcy

- okulista

- laryngolog

-ortopeda

-neurochirurg

**L. Narząd ruchu**

<b>1. Wrodzone wady i choroby układu kostno- stawowego</b>	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
.....		
<b>2. Nieprawidłowości napięcia mięśniowego</b>	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
<b>-hipotonia:</b>	uogólniona	w osi głowa tułów
<b>-hipertonia:</b>	całego ciała	na obwodzie ciała
<b>3. Trudności z wykonaniem ruchu dowolnego</b>	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
.....		
<b>4. Ruchy niezależne od woli</b>	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
.....		
<b>5. Zanik lub przerosty mięśni</b>	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>

**6.Zaburzenia jakości ruchu**

-niezgrabność

-obniżona płynność ruchów

- wpadanie na przedmioty / uderzanie się

-słabe reakcje równoważne

-obniżona koordynacja ruchów

-potykanie/ przewracanie się

**Ł. Układ nerwowy**

<b>1. Schorzenia ośrodkowego układu nerwowego</b>	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
-wady rozwojowe mózgu		
-wady rozwojowe rdzenia kręgowego		
-uszkodzenie w okresie okołoporodowym		
-przebyty proces zapalny		
-przebyty uraz czaszkowo- mózgowy		
-inne choroby?		



---

## 2. Wykonane USG przezcięmiączkowe TK lub RM

TAK

NIE

---

## 3. Padaczka TAK

NIE

Jaki rodzaj napadów i jak często ?

---

## 4. Schorzenia obwodowego układu nerwowego

uszkodzenie splotu barkowego którego ? TAK

NIE

---

inne choroby jakie?

TAK

NIE

---

## M. Zaburzenia integracji sensorycznej

### 1. Nadwrażliwość zmysłowa

TAK

NIE

---

### 2. Na jakie bodźce zmysłów:

-dotyk

- czucie głębokie

- wzrok

-słuch

- węch

- smak

### 3. Jakie dominujące formy reagowania?

-unikanie

-lękowość

- negatywizm

-opozycyjność

### 4. Na jakie rodzaje bodźców jest nadwrażliwość zmysłowa?

-dotyk

- czucie głębokie

- wzrok

-słuch

- węch

- smak

### Jakie dominujące formy reagowania?

-niska reaktywność

-poszukiwanie zbyt intensywnych doznań



Jakie stosuje pan/pani nagrody i kary ?

.....

Kto zajmuje się dzieckiem najczęściej?

.....

Co najbardziej go zajmuje?

.....

Jak długo dziecko się koncentruje?

.....

Jak dziecko bawi się najczęściej, jakie ma zabawki ?

.....

Jak spędzają państwo czas wolny?

.....

Inne zagadnienia:

.....

Wywiad przeprowadził

.....

do Regulaminu Ośrodka koordynacyjno-rehabilitacyjno-opiekuńczego  
w Czerwionce - Leszczynach

**ARKUSZ OBSERWACJI DZIECKA NA ROK SZKOLNY .....**

<b>Imię i nazwisko dziecka</b>		<b>Data urodzenia</b>	
<b>Adres zamieszkania</b>			
<b>OCENA SPRAWNOŚCI DZIECKA</b>			
<b>Obszar funkcjonowania</b>	<b>Opis funkcjonowania dziecka w danym obszarze</b>		<b>Potrzeby wynikające z diagnozy dziecka w danym obszarze</b>
	<b>Mocne strony</b>	<b>Słabe strony</b>	
MOTORYKA DUŻA			
MOTORYKA MAŁA			
PERCEPCJA			
KOMUNIKACJA			
ROZWÓJ EMOCJONALNY I ZACHOWANIA			
<b>ZALECENIA ZESPOŁU DOTYCZĄCE FORMY POMOCY DZIECKU I RODZINIE</b>			
<b>Forma i sposób udzielania pomocy (rodzaj zajęć)</b>	<b>Wymiar godzin</b>	<b>Okres udzielania pomocy</b>	<b>Osoby pracujące z dzieckiem</b>
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Podpis koordynatora:

Podpis terapeutów:

Czerwionka – Leszczyny, dnia .....

## KONTRAKT

Zawarty pomiędzy Ośrodkiem koordynacyjno – rehabilitacyjno – opiekuńczym w Czerwionce –  
Leszczynach, reprezentowanym przez .....  
a rodzicami dziecka .....

1. Kontrakt obowiązuje od dnia: .....
2. Specjaliści działający w ramach Ośrodka zobowiązują się do:
  - 1) Zapoznania rodziców z kierunkami działań Ośrodka koordynacyjno – rehabilitacyjno – opiekuńczego;
  - 2) Udzielania wsparcia i pomocy dziecku i jego rodzinie, zależnie od potrzeb;
  - 3) Opracowania i realizowania indywidualnego programu zgodnie ze wskazaniami i zaleceniami zawartymi w opinii PPP, orzeczeniu z PPP, zaświadczeniu lekarskim, przeprowadzonej diagnozie;
  - 4) Informowania o postępach dziecka;
  - 5) Przekazywania wskazówek do pracy w domu, prowadzenia konsultacji specjalistycznych, przygotowywania instruktażu, zależnie od potrzeb.
3. Rodzice dziecka zobowiązują się do:
  - 1) Systematycznego uczestniczenia w zajęciach prowadzonych w Ośrodku zgodnie z ustalonym harmonogramem;
  - 2) Współpracy z terapeutami/specjalistami Ośrodka w zakresie udzielania wielospecjalistycznej pomocy;
  - 3) Realizowania zaleceń terapeutów/specjalistów;
  - 4) Poinformowania o nieobecności dziecka na zajęciach;
  - 5) Cztery kolejne nieobecności dziecka na zajęciach, bez wcześniejszego zgłoszenia, powodują zawieszenie zajęć w ramach Ośrodka.

Podpis koordynatora

Podpis rodziców

podpisy członków zespołu

do Regulaminu Ośrodka koordynacyjno-rehabilitacyjno-opiekuńczego  
w Czerwionce-Leszczynach

Czerwionka-Leszczyny, dnia .....

**WNIOSEK O OBJĘCIE POMOCĄ W RAMACH OŚRODKA  
KOORDYNACYJNO - REHABILITACYJNO - OPIEKUŃCZEGO**

1. ....  
(imię i nazwisko dziecka)

2. ....  
(data i miejsce urodzenia)

3. ....  
(PESEL lub seria i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość dziecka)

4. ....  
(adres zamieszkania dziecka)

5. ....  
(imiona i nazwiska rodziców)

6. ....  
(adres do korespondencji)

7. ....  
(telefon kontaktowy do rodziców)

8. Zgłaszane problemy rozwojowe dziecka:

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

9. Do wniosku dołączam:

- Opinię o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju  
**a w przypadku jej braku**
- Orzeczenie o niepełnosprawności
- Orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego

- Zaświadczenie lekarskie
- Inne (jakie) .....

10. Zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a - Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.Urz.UE.L 2016 Nr 119, str. 1) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz mojego dziecka do celów:

- TAK / NIE - kontaktowych,
  - TAK / NIE - realizacji działań pomocowych w ramach działalności Ośrodka Koordynacyjno - Rehabilitacyjno - Opiekuńczego
  - TAK/NIE - udostępniania wizerunku na stronie WWW Administratora,
  - TAK/NIE - udostępniania wizerunku na profilu Facebooka Administratora,
  - TAK/NIE - udostępniania wizerunku w prasie lokalnej,
- (powyższe cele będą wykorzystywane w celu budowania pozytywnego wizerunku Administratora w przestrzeni publicznej i w mediach).

.....  
(data i podpisy rodziców/opiekunów prawnych)

11. Oświadczam, że jestem rodzicem, prawnym opiekunem lub osobą sprawującą pieczę zastępczą.

.....  
(data i podpisy rodziców/opiekunów prawnych)

12. Oświadczam, że dziecko zamieszkuje na terenie Powiatu Rybnickiego.

.....  
(data i podpisy rodziców/opiekunów prawnych)

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuje się, iż:

1. Administratorem danych osobowych jest Zespół Szkół Specjalnych im. Weroniki Sherborne w Czerwionce-Leszczynach ul. Przedszkolna 1, 44-238 Czerwionka-Leszczyny reprezentowany przez Dyrektora Zespołu Szkół Specjalnych.
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych możliwy jest pod adresem email w.gorecki@avdlabiznesu.pl.
3. Dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji działań pomocowych w ramach działalności Ośrodka Koordynacyjno - Rehabilitacyjno - Opiekuńczego, zgodnie z Ustawą z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty, na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r., oraz na podstawie dobrowolnie wyrażonej zgody zgodnie z Art. 6 ust. 1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
4. Dane osobowe przechowywane będą w czasie zgodnym z przepisami w/w Ustawy lub do momentu wycofania uprzednio wyrażonej zgody.
5. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.

6. Każdy podopieczny, opiekun prawny posiada prawo do dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania lub odwołania uprzednio udzielonej zgody.
7. Podopieczny, opiekun prawny ma prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
8. Podanie danych osobowych jest obowiązkowe ze względu na przepisy prawa, a w pozostałym zakresie dobrowolne.

Załącznik 5

do Regulaminu Ośrodka koordynacyjno-rehabilitacyjno-opiekuńczego  
w Czerwionce - Leszczynach

### PROGRAM- WZÓR

Okres realizacji .....

1. Osoba prowadząca: .....
2. Data stworzenia programu: .....
3. Rodzaj zajęć: .....
4. Metody i formy realizacji:  
.....  
.....
5. Cele szczegółowe zajęć:  
.....  
.....  
.....  
.....
6. Współpraca z rodzicami  
.....  
.....  
.....
7. Współpraca z instytucjami  
.....  
.....  
.....
8. Wyrażam zgodę na realizację przedstawionego program zajęć.

Podpis rodziców:

Podpis terapeutów

9. Ocena efektywności pomocy udzielanej rodzinie i dziecku  
.....  
.....



.....  
10. Wnioski do dalszej pracy  
.....  
.....  
.....

Podpis rodziców:

Podpis terapeutów

Załącznik 6

do Regulaminu Ośrodka koordynacyjno-rehabilitacyjno-opiekuńczego  
w Czerwionce - Leszczynach

## DZIENNIK ZAJĘĆ

### REALIZACJA ZAJĘĆ W RAMACH OŚRODKA

Imię i nazwisko dziecka:

Numer telefonu do rodzica:

Terapeuta:

Rodzaj zajęć:

Data	Temat zajęć	Podpis rodzica/opiekuna


Data	Temat zajęć	Podpis rodzica/opiekuna


Załącznik 7

do Regulaminu Ośrodka koordynacyjno-rehabilitacyjno-opiekuńczego  
w Czerwionce – Leszczynach

### EWIDENCJA CZASU PRACY

**Imię i nazwisko pracownika:**

**Pesel:**

**Okres wykonywania zadań:**

**Ilość godzin:**

Data	Rodzaj zajęć	Imię i nazwisko dziecka	Ilość godzin
