# Karta usług kooperanta– Poradna Psychologiczno-Pedagogiczna

|  |
| --- |
| **Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna nr…………….**  ………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………  *(nazwa i adres)* |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **lp.** | **NAZWA USŁUGI** | **TAK** | **NIE** | **Warunki dostępu/czas dostępu/**  **godziny pracy** | **Realizator zadania**  **(np. pedagog, psycholog, logopeda, doradca zawodowy, itd.)** | **Dane kontaktowe**  **telefon,**  **e-mail** | **UWAGI** |
| **1.** | Diagnoza dotycząca rozwoju intelektualnego, emocjonalnego, społecznego dzieci i młodzieży |  |  |  |  |  |  |
| **2.** | Diagnoza specyficznych trudności w uczeniu się: dysleksji, dysgrafii, dysortografii oraz dyskalkulii |  |  |  |  |  |  |
| **3.** | Diagnoza więzi matka-dziecko (dzieci młodsze) |  |  |  |  |  |  |
| **4.** | Diagnoza integracji sensorycznej |  |  |  |  |  |  |
| **5.** | Terapia indywidualna |  |  |  |  |  |  |
| **6.** | Terapia grupowa |  |  |  |  |  |  |
| **7.** | Terapia rodzin |  |  |  |  |  |  |
| **8.** | Konsultacje dla rodziców |  |  |  |  |  |  |
| **9.** | Diagnoza niepowodzeń szkolnych |  |  |  |  |  |  |
| **10.** | Badania przesiewowe wzroku i słuchu |  |  |  |  |  |  |
| **11.** | Diagnoza dzieci zdolnych. |  |  |  |  |  |  |
| **12.** | Terapia pedagogiczna dzieci i młodzieży |  |  |  |  |  |  |
| **13.** | Diagnoza zaburzeń mowy |  |  |  |  |  |  |
| **14.** | Diagnoza i terapia dzieci z afazją |  |  |  |  |  |  |
| **15.** | Diagnoza zaburzeń ze spektrum autyzmu |  |  |  |  |  |  |
| **16.** | Diagnoza FAS |  |  |  |  |  |  |
| **17.** | Diagnoza młodzieży pod kątem wyboru zawodu |  |  |  |  |  |  |
| **18.** | Indywidualne doradztwo zawodowe – pomoc  w wyborze kierunku kształcenia |  |  |  |  |  |  |
| **19.** | Zajęcia korekcyjno-kompensacyjne dla dzieci |  |  |  |  |  |  |
| **20.** | Terapia pedagogiczna dla uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi |  |  |  |  |  |  |
| **21.** | Terapia kompleksowa (logopedyczno-pedagogiczna) dla dzieci z wadami wymowy oraz współwystępującymi trudnościami w nauce szkolnej |  |  |  |  |  |  |
| **22.** | Grupa wsparcia dla dzieci z trudnościami emocjonalnymi |  |  |  |  |  |  |
| **23.** | Szkoła dla Rodziców |  |  |  |  |  |  |
| **24.** | Szkoła dla Rodziców dzieci nadpobudliwych |  |  |  |  |  |  |
| **25.** | Inne, jakie?...................................................................................... |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Karta usług zatwierdzona** |
| W dniu: ……………………………… Przez *(imię i nazwisko)* …………………………………………………………… |