*Karta obserwacji SP w Żarnowie*

|  |
| --- |
|  **Arkusz obserwacji zajęć** **z udziałem nauczyciela wspomagającego**  |
| Imię i nazwisko nauczyciela wspomagającego | Imię i nazwisko nauczyciela prowadzącego: |
|  |  |
| **Przedmiot / rodzaj zajęć** |  |
| **Temat zajęć** |  |
| **Rodzaj wspomagania** |  |
| **Cel zajęć** |  |
| **Przygotowanie nauczyciela do lekcji****(materiały przygotowane dla uczniów niepełnosprawnych)** |  |
| **Metody pracy z uczniem, formy dostosowania wymagań** |  |
| **Uwagi osoby obserwowanej** |  |
| Uwagi i spostrzeżenia obserwującego z przebiegu zajęć: |
| Elementy podlegające ocenie | Uwagi dotyczące działań ucznia/ów | Uwagi dotyczące działań nauczyciela |
| Realizacja celów  |  |  |
| Zaangażowanie ucznia/ów |  |  |
| Zalecenia i rekomendacje: |
|  |
| Data | Podpis nauczyciela | Podpis dyrektoraprowadzącego obserwację |