*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 dyrektora  prowadzącego obserwację |