

Zajęcia rewalidacyjne, resocjalizacyjne i socjoterapeutyczne oraz inne zajęcia odpowiednie ze względu na indywidualne potrzeby rozwojowe i edukacyjne oraz możliwości psychofizyczne ucznia

na..... semestr roku szkolnego.....

Zajęcia rewalidacyjne	Okres	Tygodniowy wymiar godzin	Osoba prowadząca/podpis

DATA I PODPIS DYREKTORA

.....