*Załącznik nr 1 do Zarządzenia nr OA 0050.18.2024*

*BMiG Gołańcz z dnia 29.02.2024 r.*

**Wykaz nauczycieli przewidzianych do zatrudnienia w …………………………………………………**

**wraz z informacją o ich kwalifikacjach
oraz liczbie godzin i rodzaju prowadzonych/przydzielonych zajęć**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Imię i nazwisko nauczyciela** | **Nazwa przedmiotu, rodzaj prowadzonych/przydzielonych zajęć** | **Wykaz dokumentów potwierdzających posiadane kwalifikacje**  | **Dokument/y potwierdzający/e posiadanie przygotowania pedagogicznego** | **Stopień awansu zawodowego** | **Wymiar godzin zgodnie z arkuszem organizacji** |
| ogółem | w tym w wymiarze dodatkowym |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

*Załącznik nr 2 do Zarządzenia nr OA 0050.18.2024*

*BMiG Gołańcz z dnia 29.02.2024 r.*

Liczba osób, które planują w roku szkolnym 2024/2025 przystąpić do postępowań o kolejny stopień awansu zawodowego

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa stopnia awansu zawodowego nauczyciela,o który będzie się ubiegał | Liczba nauczycieli | Planowany termin przystąpienia do egzaminu |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Nauczyciele odbywający staż w związku z ubieganiem się o kolejny stopień awansu zawodowego

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko | Posiadany stopień awansu zawodowego wraz z datą nadania | Data rozpoczęcia stażu |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 data i podpis dyrektora

*Załącznik nr 3 do Zarządzenia nr OA 0050.18.2024*

*BMiG Gołańcz z dnia 29.02.2024 r.*

Nauczyciele przebywający na płatnym urlopie dla poratowania zdrowia:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko | Nauczany przedmiot | Okres udzielonego urlopu |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 data i podpis dyrektora

*Załącznik nr 4 do Zarządzenia nr OA 0050.18.2024*

*BMiG Gołańcz z dnia 29.02.2024 r.*

Uczniowie o specjalnych wymaganiach edukacyjnych rok szkolny 2024/2025

orzeczenia

**Zajęcia zespołowe**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko nauczyciela prowadzącego zajęcia | Imię i nazwisko ucznia | Klasa | Nr i data orzeczenia | Rodzaj orzeczenia | Rodzaj niepełnospra­wności | Etap edukacyjny (na czas) | Zalecenia PPP(nazwa zajęć edukacyjnych) | Przydział godzin (liczba) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

 **Zajęcia indywidualne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko nauczyciela prowadzącego zajęcia | Imię i nazwisko ucznia | Klasa | Nr i data orzeczenia | Rodzaj orzeczenia | Rodzaj niepełnospra­wności | Etap edukacyjny (na czas) | Zalecenia PPP(nazwa zajęć edukacyjnych) | Przydział godzin (liczba) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

*Załącznik nr 5 do Zarządzenia nr OA 0050.18.2024*

*BMiG Gołańcz z dnia 29.02.2024 r.*

Organizacja pomocy psychologiczno-pedagogicznej na podstawie rozporządzenia MEN z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz. U. z 2023 r., poz. 1798) oraz zajęć nauczania indywidualnego zgodnie z rozporządzeniem MEN z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego dzieci i indywidualnego nauczania dzieci i młodzieży (Dz. U. z 2023 r., poz. 2468).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Rodzaj zajęć | Klasa | Liczba uczniów z orzeczeniem, opinią, obserwacją: | Liczba godzin tygodniowo, z tego | imię i nazwisko nauczyciela ..  |
| **orz.** | **op**. | **ob**. | ogółem | w etacie | ponadwymiarowe |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

*Załącznik nr 6 do Zarządzenia nr OA 0050.18.2024*

*BMiG Gołańcz z dnia 29.02.2024 r.*

**ANEKS NR... /20.…..**

 Do arkusza organizacji pracy Szkoły/ Przedszkola .........................................

1. **Przyczyna zaistniałych zmian**: ...................................................................................................................................................................

 ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. **Okres trwania zmian**: **od** ....................... **do** ..............................
2. **Informacja o nauczycielach, którym przydzielono nowe zadania**:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko** | **Kwalifikacje** | **Realizowane zadania** | **Suma realizowanych godzin łącznie** |
| przedmiot | przed zmianą | po zmianie |
| klasa | liczba godzin | klasa | liczba godzin |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (pieczęć i podpis dyrektora )

Zatwierdzam do realizacji:

Gołańcz, dnia …………………..