……………………………………………………………….

**Załącznik nr 2**

(nazwa Wykonawcy, dane adresowe)

**Doświadczenie Wykonawcy**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Zakres tematyczny** | **Wykaz form szkoleniowych zrealizowanych  przez Wykonawcę** | **Nazwa Zleceniodawcy** | **Data realizacji** | **Liczba godzin** |
| Indywidualizacja pracy z uczniem,  w tym z uczniem młodszym i zagrożonym wypadnięciem  z systemu edukacji |  |  |  |  |
| Efektywne stosowanie pomocy dydaktycznych, w tym TIK  w procesie nauczania |  |  |  |  |
| Rozpoznawanie i wspieranie potrzeb rozwojowych i edukacyjnych uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi |  |  |  |  |
| Łączna liczba godzin: | | | |  |

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

(miejsce, data) (podpis przedstawiciela upoważnionego do reprezentowania Wykonawcy)