**……………………………………..OKULU MÜDÜRLÜĞÜ**

**OKUL BEP BİRİMİ TOPLANTISI**

KARAR NO:1 …/10/2020

**GÜNDEM**

1. Okulumuzda eğitim gören kaynaştırma öğrencilerinin belirlenmesi
2. Kaynaştırma öğrencilerinin destek eğitime ihtiyacı olup olmadığının belirlenmesi
3. Destek eğitime ihtiyacı olanların hangi derslerden haftada kaç saat yararlanması gerektiği görüş kararlarının alınıp Okul Rehberlik Hizmetleri Yürütme Komisyonuna bildirilmesi

**KARARLAR**

1. Okulumuzun **…..sınıfı öğrencisi ……………….ve ………..sınıfı öğrencisi tam zamanlı kaynaştırma öğrencisi olarak yerleştirilmiştir.**
2. Sınıfların farklı seviyelerdeki öğrencilerden oluşması, öğretmenin birebir eğitim vermek için yeterince zaman ayıramaması nedeniyle kaynaştırma öğrencilerine destek eğitim verilmesi gerekmektedir.
3. **........sınıfı öğrencisi …………………….ve ………..sınıfı öğrencisi …………..Türkçe’ den dört saat**, **Matematik ve ………** derslerinden **iki**şer saat olmak üzere haftada toplam **sekiz** saat destek eğitim alması kararlaştırılmıştır.

sOKUL BEP BİRİMİ

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |   |  |  |  |  |
| Md. Yrd.Başkan | ….Sınıf Öğrt Üye | …. Sınıf Öğrt Üye | Öğrenci Velileri | Öğrenciler |

**……………………………………..MÜDÜRLÜĞÜ’NE**

 **KESTEL/………**

**………Sınıfında tam zamanlı kaynaştırma olarak eğitim gören oğlum/kızım ………………………………….’ün açılacak olan destek eğitim odasından yararlanmasını istiyorum.**

**Gereğini arz ederim.**

 **Veli**

**Adres:**

**Tel:**

**………………………………………….MÜDÜRLÜĞÜ’NE**

 **KESTEL/………..**

**………...Sınıfında tam zamanlı kaynaştırma olarak eğitim gören oğlum……………’ün açılacak olan destek eğitim odasından yararlanmasını istiyorum.**

**Gereğini arz ederim.**

 **Veli**

**Adres:**

**Tel:**

**………………………………………………….OKULU**

**REHBERLİK HİZMETLERİ YÜRÜTME KOMİSYONU KARARI**

Karar No: 1 Karar Tarihi: …./10/2020

Okulumuz BEP birimi toplantı kararına göre ekli listede adı soyadı sınıfı yazan tam zamanlı kaynaştırma öğrencilerimiz geri kaldığı derslerde sınıf düzeyine yetiştirilebilmesi için desteğe ihtiyaç duymaktadırlar. Bu nedenle özel eğitim hizmetleri yönetmeliği gereği destek eğitim odasının açılması kararı alınmıştır.

**Okul Rehberlik Hizmetleri Yürütme Komisyonu Üyeleri**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Başkan | Üye | Üye | Üye | Üye | Üye | Üye | Üye | Üye | Üye |
| Müdür | Öğretmen  | Öğretmen  | Öğretmen | Öğretmen |  |  |  |  |  |

**T.C.**

**KESTEL KAYMAKAMLIĞI**

 **………………………….Müdürlüğü**

SAYI : ………… 160.01.02.00-.. ,,,,/10/2020

KONU: Öğretmen İhtiyacı

**ÖĞRETMENLERE**

 **KESTEL**

**İlgi :a**) Milli Eğitim Bakanlığı Özel Eğitim Hizmetleri Yönetmeliği

 b) **(2008/60) no’lu Kaynaştırma Yoluyla Eğitim Uygulamaları Genelgesi**

Okulumuz, BEP birimin tavsiyesi ve Okul Rehberlik Hizmetleri Yürütme Komisyonu kararına göre, kaynaştırma öğrencilerinin geri kaldığı derslerde sınıf düzeyine yetiştirilebilmesi için desteğe ihtiyaç duydukları belirtilmektedir. Bu nedenle ilgi a) yönetmeliğinin 23 ve 28. maddeleri ve ilgi b) genelgesinin özel eğitim öğrencileri için alınacak tedbirlerin 8. maddesi gereği destek eğitim odası açmak istiyoruz. Gerekli onay alındıktan sonra görev almak isteyen öğretmenler ekli listededir.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

…………......

Okul Müdürü

**…………………………………MÜDÜRLÜĞÜ’NE**

 **KESTEL**

İlgi: ………… tarih ve …………. sayılı yazınız

İlgi (a) yazınızla okulumuzda kaynaştırma uygulamaları yoluyla eğitimine devam eden öğrencilerimize, “destek eğitim odası”nda özel eğitimler verileceği ve bu uygulamalarda görev almak isteyen öğretmenlere görev verileceği,okulumuz öğretmenlerine duyrulmuştur.

Söz konusu uygulamalarda haftada……….. saat görev almak istiyorum.

Gereğini arz ederim.

…/…/2020

…………......

**Adres**

**…..OKULU**

**DESTEK EĞİTİM ODASI ÖĞRETMEN GÖREVLENDİRMESİ ÜCRET ONAYI**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ÖĞRETMENİN****ADI-SOYADI** | **BRANŞI** | **DERS SAATİ** |
|  |  |  |
|  |  |  |

Destek eğitim odası çalışma programı …/10/2020 tarihinde başlayacak olup,…../10/2020 tarihinde sona erecektir

…./10/2020

Okul Müdürü

Uygun görüşle arz ederim.

 …./…/2017

 …………………….

İlçe Milli Eğitim Şube Müdürü

OLUR

…/…/2020

İlçe Milli Eğitim Müdürü

*Ek ders onayı için şart olan bu belgede, öğretmenlerin destek eğitim için verecekleri haftalık ders saati belirtilir. Her ay ek ders hesaplanırken bu belgenin aslının bir örneği ek dersle gönderilir.*

**DESTEK EĞİTİM ODASI HAFTALIK DERS PROGRAMI ÖRNEĞİ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **GÜNLER** |  | **1.DERS** | **2.DERS** | TARİH |
| **PAZARTESİ** | Öğrenci |  |  | …/10/2020 |
| Öğretmen |  |  |
| Konu | Planda belirtilmiştir. | Planda belirtilmiştir. |
| **SALI** | Öğrenci |  |  | …./10/2020 |
| Öğretmen |  |  |
| Konu | Planda belirtilmiştir. | Planda belirtilmiştir. |
| **ÇARŞAMBA** | Öğrenci |  |  | …/10/2020 |
| Öğretmen |  |  |
| Konu | Planda belirtilmiştir. | Planda belirtilmiştir. |
| PERŞEMBE | Öğrenci |  |  | …/10/2020 |
| Öğretmen |  |  |
| Konu | Planda belirtilmiştir. | Planda belirtilmiştir. |

**Not : Örnek olarak hazırlanmıştır. Program her hafta plana göre doldurulup okul idaresine onaylatılacaktır.**

**…..10.2020 …...10.2020**

**Düzenleyen ONAYLAYAN**

 **Okul Müdürü**

 **T.C.**

**KESTEL KAYMAKAMLIĞI**

 **……………….Okulu Müdürlüğü**

SAYI : ………… 160.01.02.00-.. …./10/2020

KONU: Destek Eğitim Odası Açılması

**İLÇE MİLLİ EĞİTİM MÜDÜRLÜĞÜ’NE**

 **KESTEL**

**İlgi :a**) Milli Eğitim Bakanlığı Özel Eğitim Hizmetleri Yönetmeliği

 b) **(2008/60) no’lu Kaynaştırma Yoluyla Eğitim Uygulamaları Genelgesi**

Okulumuz, BEP birimin tavsiyesi ve Okul Rehberlik Hizmetleri Yürütme Komisyonu kararına göre, kaynaştırma öğrencilerinin geri kaldığı derslerde sınıf düzeyine yetiştirilebilmesi için desteğe ihtiyaç duydukları belirtilmektedir. Bu nedenle ilgi a) yönetmeliğinin 23 ve 28 maddeleri ve ilgi b genelgesinin özel eğitim öğrencileri, için alınacak tedbirlerin 8. maddesi gereği destek eğitim odası açmak istiyoruz. Okulumuzda Destek Eğitim Odası açılması hususunda gerekli onayın verilmesi için;

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

 Okul Müdürü

EKLERİ:

1. 1 Adet BEP Birimi Toplantı Tutanağı
2. 1 Adet Okul Rehberlik Hizmetleri Yürütme Komisyonu Kararı
3. 2 Adet Ram Raporu
4. 2 Adet Öğretmen dilekçeleri
5. 2 Adet Veli Dilekçeleri
6. Ücret onayı
7. Destek Eğitim Odası için Haftalık Program

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| İLİ : | BURSA |  | İLÇESİ : | KESTEL |  |  |  |  |  |  |  |
| OKULU  |  **…………….OKULU** |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| DESTEK EĞİTİMDEN YARARLANAN ÖĞRENCİ VE DESTEK EĞİTİM VERECEK ÖĞRETMEN BİLGİLERİ |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Öğrencinin  | Destek Eğitim Verecek Öğretmenin |
| Adı Soyadı | Yetersizliği | Sınıfı | Sınıf Öğretmeni |  Destek Eğitime İhtiyaç Duyduğu Dersler  | Destek Eğitim Alacağı Gün  | Destek Eğitim Alacağı Ders Saati  | Destek Eğitim Alacağı Saatler  | Adı Soyadı | Branşı | Öğretmenin Kurumu | Nerede Destek Eğitim Vereceği  |
|  |  |  |  |  | Pazartesi | …Ders Saati |  |  |  |  | Destek Eğitim Odası Sınıfı |
|  |  |  |  |  | Salı |  ..Ders Saati |  |  |  |  | Destek Eğitim Odası Sınıfı |
|  |  |  |  |  | Çarşamba |  ...Ders Saati |  |  |  |  | Destek Eğitim Odası Sınıfı |
|  |  |  |  |  | Perşembe | ... Ders Saati |  |  |  |  | Destek Eğitim Odası Sınıfı |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3/A Sınıfı kaynaştırma öğrencisi Alper Emre BİNGÖL ile ilgili yukarıda belirtilen program …./10/2020 tarihinden itibaren uygulanacaktır. |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| OKUL BEP BİRİMİ(İMZALAR) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |

s