

Szkoła Podstawowa im. Juliana Bartoszewicza w Żarnowie Załącznik nr 6B do Procedury OiUPPP

**OKRESOWA WIELOSPECJALISTYCZNA OCENA POZIOMU FUNKCJONOWANIA UCZNIĄ**

Imię i nazwisko ucznia **klasa** .

Imię i nazwisko osoby koordynującej pracę Zespołu: .....

Data dokonania oceny: ..... r.

<p><b>Mocne strony ucznia, predyspozycje, zainteresowania i uzdolnienia (wnioski do dalszej pracy)</b></p>			
<p><b>Stan zdrowia</b></p>			
<p><b>Zakres indywidualnego programu edukacyjno – terapeutycznego (IPET)</b></p>	<p><b>Ocena efektywności pracy z uczniem</b></p>	<p><b>Indywidualne potrzeby rozwojowe i edukacyjne ucznia</b></p>	<p><b>Wnioski do dalszej pracy w oparciu o analizę efektów i indywidualne potrzeby ucznia</b></p>
<p>Zakres i sposób dostosowania wymagań edukacyjnych do indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych oraz możliwości psychofizycznych ucznia:</p>			

<p>Poziom wiedzy i umiejętności, przebieg uczenia się (przyczyny niepowodzeń edukacyjnych): Funkcjonowanie poznawcze: myślenie, uwaga, pamięć, rozumowanie:</p>			

<p>Zintegrowane działania nauczycieli i specjalistów, o charakterze rewalidacyjnym ukierunkowane na poprawę funkcjonowania ucznia.</p>			
<p>Efekty udzielanej uczniowi pomocy psychologiczno – pedagogicznej:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- w zakresie rozwijania kompetencji emocjonalno – społecznych, w tym pokonywania trudności w funkcjonowaniu ucznia utrudniające mu uczestnictwo w życiu szkoły(bariery i ograniczenia)</li> <li>- w zakresie rozwijania umiejętności uczenia się</li> <li>- w zakresie wyrównywania braków edukacyjnych</li> <li>- w zakresie rozwijania zainteresowań i uzdolnień</li> <li>- w zakresie wyboru kierunku kształcenia</li> </ul>			

i zawodu - w innym zakresie.....			
Efekty pracy rewalidacyjnej.			
Rodzaj i sposób dostosowania warunków organizacji kształcenia do rodzaju niepełnosprawności ucznia, w tym zakres wykorzystywania technologii wspomagających kształcenie.		-	-

<b>Współpraca z rodzicami</b>	
w zakresie realizacji IPET-u, w tym ocena działań wspierających rodziców.	
<b>Współpraca z instytucjami zewnętrznymi</b>	
Konsultacje z zewnętrznym terapeutą dziecka.	
<b>Modyfikacja indywidualnego programu edukacyjno – terapeutycznego</b>	
<b>Zakres modyfikacji</b>	<b>Działania/formy pomocy do wdrożenia</b>
Program nie wymaga/wymaga modyfikacji.	

**Zespół nauczycieli i specjalistów prowadzących zajęcia z uczniem:**

Koordynator pracy Zespołu –.....– wychowawca (podpis) - .....

Członkowie Zespołu (podpisy):

- .....

- .....

- .....

- .....

- .....

- .....

W spotkaniu Zespołu uczestniczyli/nie uczestniczyli rodzice ucznia\*.

Imię i nazwisko rodzica/ów –.....). Podpis rodzica/ów .....

W spotkaniu uczestniczyły/nie uczestniczyły inne osoby\*.

Inne osoby (imię, nazwisko, instytucja): .....Podpisy osób uczestniczących .....

\*niepotrzebne skreślić