Szkoła Podstawowa im. Juliana Bartoszewicza w Żarnowie

**WIELOSPECJALISTYCZNA OCENA POZIOMU FUNKCJONOWANIA UCZNIA**

Imię i nazwisko ucznia………………………….…………………………………………………………………………………………………Klasa ………………………………………………………………….. Orzeczenie z uwagi na:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. Data wydania orzeczenia: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. Okres na jaki wydano orzeczenie: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. Imię i nazwisko osoby koordynującej pracę Zespołu …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Data dokonania oceny…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Obszar/sfera funkcjonowania** | **Diagnoza (w tym wskazanie barier i ograniczeń)** | **Mocne strony** | **Potrzeby ucznia** |
| Stan zdrowia |  |  |  |
| Sprawność ruchowa |  |  |  |
| Nabywanie wiedzy (funkcjonowanie poznawcze: myślenie, uwaga, pamięć, percepcja, rozumowanie) |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Uczenie się umiejętności |  |  |  |
| Radzenie sobie z problemami |  |  |  |
| Funkcjonowanie społeczne:  a)zachowania  pożądane/niepożądane,  b)umiejętności  komunikacyjne  c) funkcjonowanie  w szkole |  |  |  |
| Emocje i motywacja |  |  |  |
| Zainteresowania, uzdolnienia |  |  |  |
| Ocena efektywności udzielanej pomocy psychologiczno-pedagogicznej |  |  |  |

**Zespół nauczycieli, specjalistów i wychowawców grup wychowawczych prowadzących zajęcia z uczennicą/wychowanką:**

Koordynator pracy Zespołu –

Członkowie Zespołu (podpisy}

W spotkaniu Zespołu uczestniczyli/nie uczestniczyli rodzice uczennicy/wychowanki\*.

W spotkaniu uczestniczyły/nie uczestniczyły inne osoby\*.

Inne osoby (imię, nazwisko, instytucja):

\*niepotrzebne skreślić