

Szkoła Podstawowa im. Juliana Bartoszewicza w Żarnowie

OKRESOWA WIELOSPECJALISTYCZNA OCENA POZIOMU FUNKCJONOWANIA UCZNIĄ

Imię i nazwisko ucznia **klasa** .

Imię i nazwisko osoby koordynującej pracę Zespołu:

Data dokonania oceny r.

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

<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"> - w zakresie rozwijania kompetencji emocjonalno – społecznych, w tym pokonywania trudności w funkcjonowaniu ucznia utrudniające mu uczestnictwo w życiu szkoły(bariery i ograniczenia) - w zakresie rozwijania umiejętności uczenia się - w zakresie wyrównywania braków edukacyjnych - w zakresie rozwijania zainteresowań i uzdolnień - w zakresie wyboru kierunku kształcenia 			

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.		-	-

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