Szkoła Podstawowa im. Juliana Bartoszewicza w Żarnowie

**OKRESOWA WIELOSPECJALISTYCZNA OCENA POZIOMU FUNKCJONOWANIA UCZNIA**

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: |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| Poziom wiedzy i umiejętności, przebieg uczenia się (przyczyny niepowodzeń edukacyjnych):  Funkcjonowanie poznawcze: myślenie, uwaga, pamięć, rozumowanie: |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Zintegrowane działania nauczycieli i specjalistów, o charakterze rewalidacyjnym ukierunkowane na poprawę funkcjonowania ucznia. |  |  |  |
| Efekty udzielanej uczniowi pomocy psychologiczno – pedagogicznej:   * 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