**załącznik nr 5**

**do procedury organizowania i udzielania**

**pomocy psychologiczno-pedagogicznej**

**oraz wsparcia uczniów niepełnosprawnych**

**w Szkole Podstawowej im. Jana Pawła II**

 **w Starych Kobiałkach**

**ARKUSZ WIELOSPECJALISTYCZNEJ OCENY FUNKCJONOWANIA UCZNIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko ucznia** |  | **Data urodzenia** |  |
| **Dane szkoły** |  | **klasa** |  |
| **Data podsumowania wielospecjalistycznej oceny funkcjonowania ucznia** |  |
| **DIAGNOZY CZĄSTKOWE** |
| **Źródło informacji** | **Analiza funkcjonowania** |
| **Analiza orzeczenia, opinii** |  |
| **Informacje od rodziców ucznia** |  |
| **Obserwacje wychowawcy i nauczycieli** |  |
| **Pedagog** |  |
| **Psycholog** |  |
| **Logopeda** |  |
| **Inni specjaliści** |  |
| **Informacje specjalistów spoza szkoły** |  |
| **Analiza prac ucznia** |  |
| **Inne źródła ………...................................** |  |
| **Pomoc potrzebna uczniowi w zakresie doradztwa edukacyjno-zawodowego** (wsparcie potrzebne uczniowi do planowania dalszej edukacji i kariery zawodowej). |  |
| **PODSUMOWANIE OCENY FUNKCJONOWANIA UCZNIA** |
| **Obszar funkcjonowania** | **Opis funkcjonowania dziecka w danym obszarze** | **Potrzeby wynikające z diagnozy dziecka w danym obszarze** |
| **Mocne strony** | **Słabe strony** |
| **Ogólna sprawność fizyczna dziecka** (motoryka duża, motoryka mała). |  |  |  |
| **Komunikowanie się oraz artykulacja** |  |  |  |
| **Zmysły** (wzrok, słuch, czucie, węch, równowaga) **i integracja sensoryczna** |  |  |  |
| **Sfera poznawcza** (opanowanie technik szkolnych, zakres opanowanych treści programowych, osiągnięcia i trudności, pamięć, uwaga, myślenie). |  |  |  |
| **Sfera emocjonalno-motywacyjna**(radzenie sobie z emocjami, motywacja do nauki i pokonywania trudności itp.). |  |  |  |
| **Sfera społeczna** (kompetencje społeczne, relacje z dorosłymi, relacje z rówieśnikami itp.). |  |  |  |
| **Samodzielność i możliwości w zakresie samodecydowania.** |  |  |  |
| **Szczególne uzdolnienia.** |  |  |
| **Stan zdrowia dziecka (w tym przyjmowane leki).** |  |  |
| **Inne obszary ważne z punktu widzenia funkcjonowania ucznia.** |  |  |  |

Podpisy uczestników zespołu nauczycieli i specjalistów prowadzących zajęcia z uczniem.

|  |
| --- |
| **ANALIZA I OCENA SKUTECZNOŚCI I EFEKTYWNOŚCI UDZIELANEJ POMOCY** |
| Data dokonania analizy |  |
| Imię i nazwisko ucznia |  |
| KlasaSzkoła |  |
| Obszary podlegające ocenie | Opisowa ocena dotycząca ucznia |
| Indywidualne potrzeby rozwojowe i edukacyjne  |  |
| Mocne strony, predyspozycje, zainteresowania, uzdolnienia |  |
| Funkcjonowanie w klasie, grupie rówieśniczej |  |
| Zakres i charakter wsparcia ze strony nauczycieli, specjalistów, asystenta lub pomocy nauczyciela  |  |
| Przyczyny niepowodzeń edukacyjnych lub trudności w funkcjonowaniu ucznia  |  |
| Bariery i ograniczenia utrudniające funkcjonowanie oraz uczestnictwo ucznia w życiu szkoły |  |
| Zalecenia do dalszej pracy z uczniem (w drugim półroczu lub w kolejnym roku szkolnym): |  |

Czytelne podpisy uczestników zespołu:

………………………………………

………………………………………

………………………………………

………………………………………

………………………………………. Podpis Dyrektora