**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 |  |
| Klasa  Szkoła |  |
| 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