Bieruń, dnia ………………………….

**ARKUSZ**

**WIELOSPECJALISTYCZNEJ OCENY POZIOMU FUNKCJONOWANIA UCZNIA**

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**dokonanej w dniu** . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**ARKUSZ WIELOSPECJALISTYCZNEJ OCENY FUNKCJONOWANIA UCZNIA**

|  |
| --- |
| **DIAGNOZA ucznia :** |
| **Źródło informacji** | **Analiza funkcjonowania** |
| **Informacje medyczne – analiza dokumentacji, informacje od lekarzy** |  |
| **Obserwacje i informacje wychowawcy, nauczycieli, pedagoga/psychologa, doradcy zawodowego**  |  |
| **Informacje od innych specjalistów pracujących z uczniem/ uczennicą** |  |
| **Informacje od rodziców ucznia****(sytuacja rodzinna, materialna, inne)** |  |
| **Analiza prac ucznia**  |  |
| **Inne źródła** ……………………………………. |  |

1. **Indywidualne potrzeby rozwojowe i edukacyjne ucznia** (analiza orzeczenia)

|  |  |
| --- | --- |
| **SFERA** | **OPIS** |
| **Ogólna sprawność fizyczna** |  |
| **Rozwój intelektualny ( rozwój poznawczy, uwaga, pamięć, myślenie** |  |
| **Funkcje wzrokowo-przestrzenne** |  |
| **Funkcje słuchowe** |  |
| **Funkcje językowe (komunikacja, język i mowa)** |  |
| **Pisanie, czytanie, liczenie** |  |
| **Zasób wiadomości** |  |
| **Strefa społeczno-emocjonalna** |  |
| **Dodatkowe informacje** |  |

1. **Mocne strony:**
2. **Predyspozycje:**
3. **Zainteresowania:**
4. **Uzdolnienia:**
5. **Zakres i charakter wsparcia ze strony nauczycieli, specjalistów i innych:**
6. **Przyczyny niepowodzeń edukacyjnych lub trudności w funkcjonowaniu ucznia, w tym bariery i ograniczenia utrudniające funkcjonowanie i uczestnictwo ucznia w życiu przedszkolnym lub szkolnym, a w przypadku ucznia realizującego wybrane zajęcia edukacyjne indywidualnie lub w grupie liczącej do 5 uczniów, zgodnie ze wskazaniem zawartym w programie – także napotykane trudności w zakresie włączenia ucznia w zajęcia realizowane wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym oraz efekty działań podejmowanych w celu ich przezwyciężenia:**

Zespół dokonujący wstępnej/okresowej wielospecjalistycznej oceny funkcjonowania ucznia

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| lp | Imię i nazwisko | Podpis |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |