Zespół Niepublicznych Szkół i Placówek Oświatowych „ Nasza Szkoła” w Michalinowie Oleśnickim.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ARKUSZ WIELOSPECJALISTYCZNEJ OCENY POZIOMU FUNKCJONOWANIA UCZNIA……………………………………….**  **okres podlegający ocenie: ……………………………data sporządzania oceny……………………** | | | | | | | | |
| **indywidualne potrzeby rozwojowe dziecka/ucznia - wynik diagnozy** | | | | | | **indywidualne potrzeby edukacyjno-terapeutyczne dziecka/ucznia** | | |
| uwarunkowania rozwojowe ucznia | | czynniki wewnętrzne | | | | planowany zakres i charakter wsparcia (wnioski do dalszej pracy) | | |
| mocne strony  /predyspozycje/  zainteresowania/  uzdolnienia | | słabe strony | | Co rozwijamy? | Co usprawniamy? | Co utrwalamy? |
| rozwój fizyczny | motoryka mała  (sprawność rąk) |  | |  | |  |  |  |
| motoryka duża (ogólna  sprawność fizyczna) |  | |  | |  |  |  |
| przetwarzanie zmysłowe  (wzrok, słuch, czucie,  węch, równowaga) i integracja sensoryczna |  | |  | |  |  |  |
| rozwój intelektualny osiągnięcia edukacyjne | umiejętności  komunikacyjne |  | |  | |  |  |  |
| procesy poznawcze  (uwaga, spostrzeganie,  myślenie, pamięć) |  | |  | |  |  |  |
| techniki szkolne  (czytanie, pisanie, liczenie), wiadomości i umiejętności szkolne |  | |  | |  |  |  |
| rozwój społeczno-emocjonalny | samodzielność |  | |  | |  |  |  |
| umiejętności społeczne kontakty / relacje z rówieśnikami,  dorosłymi |  | |  | |  |  |  |
| przestrzeganie  ustalonych zasad, norm społecznych |  | |  | |  |  |  |
| postawa/zachowanie/ samoocena |  | |  | |  |  |  |
| współpraca w grupie |  | |  | |  |  |  |
| kontrola emocji:  radzenie sobie z emocjami, w tym w sytuacjach trudnych |  | |  | |  |  |  |
| motywacja do różnych działań |  | |  | |  |  |  |
| podejmowanie działań prospołecznych |  | |  | |  |  |  |
| **przyczyny niepowodzeń edukacyjnych - wyniki diagnozy** | | | | | | **planowany zakres i charakter wsparcia**  mający na celu przezwyciężenie niepowodzeń | | |
| niepowodzenia edukacyjne  rozpoznane u ucznia | | | **czynniki środowiskowe -**  **kontekst edukacyjny** | | | **Co rozwijamy?** | **Co usprawniamy?** | **Co niwelujemy?** |
| 1................................  2.............................. | | | **czynniki wspierające** | | **bariery i ograniczenia** |
| Co pomaga? | | Co przeszkadza? |  |  |  |
| **działania podejmowane w celu niwelowania przyczyn niepowodzeń edukacyjnych** | | | **wyniki – (efekty podejmowanych działań)**  **i wnioski do pracy** | | | **wyniki -** (efekty podejmowanych działań) i **wnioski** do pracy  Co wymaga doskonalenia?  dotyczy kolejnych ocen niezbędnych do modyfikacji IPET | | |
|  | | | Co się udało wyeliminować?  Co wymaga doskonalenia? | | |  |  |  |
| **Przyczyny trudności w funkcjonowaniu ucznia** - **wyniki diagnozy** | | | | | | **Planowany zakres i charakter wsparcia**  mający na celu przezwyciężenie trudności | | |
| trudności związane z funkcjonowaniem ucznia | | | **czynniki środowiskowe –**  **psychospołeczne uwarunkowania środowiska** | | | **Co rozwijamy?** | **Co usprawniamy?** | **Co niwelujemy?** |
| **Czynniki wspierające** | | **bariery**  **i ograniczenia** |
| * z funkcjonowania ucznia i z uczestnictwa ucznia w życiu przedszkola, szkoły, placówki | | | Co pomaga? | | Co przeszkadza? |  |  |  |
| * z włączeniem ucznia w zajęcia realizowane wspólnie z oddziałem, klasą, grupą | | |  | |  |  |  |  |
| **działania podejmowane w celu niwelowania przyczyn trudności w funkcjonowaniu ucznia** | | | **wyniki- (efekty podejmowanych działań)**  **i wnioski do pracy** | | | **wyniki –** (efekty podejmowanych działań) i **wnioski** do pracy  Co wymaga doskonalenia?  dotyczy kolejnych ocen niezbędnych do modyfikacji IPET | | |
|  | | | Co się udało wyeliminować?  Co wymaga doskonalenia? | | |  |  |  |

**Zespół Terapeutyczny w składzie :**

………………………………………………......................................………… ………................………………………..……………. ……………….................................…………………………………….

…………………………………………......................................……………… …………………................…………….……….……. …………………………….................................……….……………….

…………………………………………......................................……………… ………………................…………….……….………. ………………………………………..................................…………….

……………………………………………………......................................…… ……………………………...............….…….………. …………………………………………...................................………….

………………………………………………….....................................……… …………………………...............………..…………. ……………………………………………..................................……….

………………………………………………......................................………… ………………………………................…..…………. ………………………………………………...................................…….

imię i nazwisko członka ZT specjalność /funkcja podpis potwierdzający obecność

WOPFU otrzymałam/em

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

podpis rodzica