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 pracyCo 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 pracyCo 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