**Imię i nazwisko ucznia…………………………………………………….rok szkolny……………………………………………………** **data dokonania oceny: …………………..**

1. **WIELOSPECJALISTYCZNA OCENA POZIOMU FUNKCJONOWANIA UCZNIA**

|  |
| --- |
| **PODSUMOWANIE OCENY FUNKCJONOWANIA UCZNIA****na podstawie diagnoz cząstkowych w różnych obszarach funkcjonowania** |
| **Mocne strony ucznia**(predyspozycje, uzdolnienia,dobrze opanowane umiejętności) | **Obszary wymagające wsparcia**(przyczyny niepowodzeń edukacyjnych, trudności w funkcjonowaniu, bariery i ograniczenia utrudniające funkcjonowanie i uczestnictwo ucznia w życiu szkoły) | **Indywidualne potrzeby** **rozwojowe i edukacyjne ucznia** |
| 1. **Sprawność fizyczna (motoryka duża/mała)**
 |
| * …
* …
 | * …
* …
 |  |
| 1. **Zmysły i integracja sensoryczna (wzrok, słuch, czucie, węch, równowaga)**
 |
| * …
* …
 | * …
* …
 |  |
| 1. **Komunikacja (zasób słownictwa, mowa, artykulacja, rodzaj aktywności)**
 |
| * …
* …
 | * …
* …
 |  |
| 1. **Sfera poznawcza (opanowanie technik szkolnych i treści programowych oraz pamięć, uwaga i myślenie)**
 |
| * …
* …
 | * …
* …
 |  |
| 1. **Sfera społeczna (kompetencje społeczne, relacje z dorosłymi, relacje z rówieśnikami itp.)**
 |
| * …
* …
 | * …
* …
 |  |
| 1. **Sfera emocjonalno-motywacyjna (radzenie sobie z emocjami, zachowania trudne, motywacja do nauki, itp.)**
 |
| * …
* …
 | * …
* …
 |  |
| 1. **Samodzielność i samoobsługa (nawyki higieniczne, ubieranie się, jedzenie, …)**
 |
| * …
* …
 | * …
* …
 |  |
| 1. **Zainteresowania i szczególne uzdolnienia**
 |
| * …
 |  |
| 1. **Stan zdrowia (stała opieka specjalistów, przyjmowane leki)**
 |
| * …
 |  |
| 1. **Inne obszary ważne z punktu widzenia funkcjonowania dziecka**
 |
| * …
 |  |

**Imię i nazwisko ucznia…………………………………………….rok szkolny…………………………**

1. **OCENA WYNIKÓW NAUCZANIA**

|  |  |
| --- | --- |
| RODZAJ ZAJĘĆ | OCENA WYNIKÓW/ OSIĄGNIĘCIA |
| **ZAJĘCIA ROZWIJAJĄCE KOMUNIKOWANIE SIĘ** |  |
| **REWALIDACJA INDYWIDUALNA** |  |
| **ETYKA/RELIGIA** |  |
| **FUNKCJONOWANIE OSOBISTE I SPOŁECZNE** |  |
| **WYCHOWANIE FIZYCZNE** |  |
| **ZAJĘCIA ROZWIJAJĄCE KREATYWNOŚĆ** |  |

1. **OCENA ZACHOWANIA**

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

1. **OCENA EFEKTYWNOŚCI POMOCY PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNEJ**

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

1. **UWAGI DODATKOWE DO IPET**

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

Powyższa ewaluacja Indywidualnego Programu Edukacyjno–Terapeutycznego sporządzona została

dla................................................................dnia………………………. przez zespół w składzie:

 Imię i nazwisko ucznia

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko** | **stanowisko** | **podpis** |
|  | wychowawca |  |
|  | wychowawca świetlicowy |  |
|  | nauczyciel rewalidacji indywidualnej |  |
|  | nauczyciel rewalidacji indywidualnej |  |
|  | katecheta |  |
|  | nauczyciel wychowania fizycznego |  |
|  | psycholog |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**INFORMACJA O ZATWIERDZENIU EWALUACJI IPET**

Oświadczam, że:

- zapoznałam/em się z treścią ewaluacji IPET,

- nie wnoszę zastrzeżeń do treści ewaluacji IPET / wnoszę następujące uwagi do ewaluacji IPET\*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

- otrzymałam/em ksero ewaluacji IPET / rezygnuję z otrzymania kserokopii ewaluacji IPET\*

……………………………………………………..

 Data i podpis rodzica/opiekuna prawnego

 lub adnotacja o poinformowaniu

 ……………………………………………………..

 Data i podpis Dyrektora

**\*niepotrzebne skreślić**