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

**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** | | |
| * … | |  |

1. **FUNKCJONOWANIE OSOBISTE I SPOŁECZNE**

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cel kształcenia** | **Podejmowane działania** | **Sposób realizacji** | **Termin realizacji** | **Osoby odpowiedzialne** |
|  |  |  |  |  |

1. **ZAJĘCIA ROZWIJAJĄCE KREATYWNOŚĆ**

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cel kształcenia** | **Podejmowane działania** | **Sposób realizacji** | **Termin realizacji** | **Osoby odpowiedzialne** |
|  |  |  |  |  |

1. **ZAJĘCIA ROZWIJAJĄCE KOMUNIKOWANIE SIĘ**

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cel kształcenia** | **Podejmowane działania** | **Sposób realizacji** | **Termin realizacji** | **Osoby odpowiedzialne** |
|  |  |  |  |  |

1. **WYCHOWANIE FIZYCZNE**

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cel kształcenia** | **Podejmowane działania** | **Sposób realizacji** | **Termin realizacji** | **Osoby odpowiedzialne** |
|  |  |  |  |  |

1. **ETYKA/RELIGIA**

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cel kształcenia** | **Podejmowane działania** | **Sposób realizacji** | **Termin realizacji** | **Osoby odpowiedzialne** |
|  |  |  |  |  |

1. **REWALIDACJA INDYWIDUALNA**

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cel kształcenia** | **Podejmowane działania** | **Sposób realizacji** | **Termin realizacji** | **Osoby odpowiedzialne** |
|  |  |  |  |  |

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

**FORMY I OKRES UDZIELANIA UCZNIOWI POMOCY PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNEJ ORAZ WYMIAR GODZIN § 6.1.3**

Pomoc psychologiczno-pedagogiczna będzie udzielana:

1. w trakcie bieżącej pracy z uczniem poprzez zintegrowane działania nauczycieli i specjalistów;

oraz

2. w formie (właściwe podkreślić):

- zajęć rozwijających uzdolnienia;

- zajęć rozwijających umiejętność uczenia się ;

- zajęć specjalistycznych: korekcyjno-kompensacyjnych

logopedycznych

rozwijających kompetencje emocjonalno- społeczne

innych zajęć o charakterze terapeutycznym;

- porad i konsultacji.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Rodzaj zajęć** | **Osoba prowadząca** | **Okres udzielania PPP** | **Ilość godzin** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**ZAJĘCIA REWALIDACYJNE ORAZ INNE ZAJĘCIA ODPOWIEDNIE ZE WZGLĘDU NA INDYWIDUALNE POTRZEBY ROZWOJOWE I EDUKACYJNE ORAZ MOŻLIWOŚCI PSYCHOFIZYCZNE UCZNIA § 6.1.5**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Rodzaj zajęć** | **Osoba prowadząca** | **Ilość godzin** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Powyższa modyfikacja 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 |  |
|  | nauczyciel rewalidacji indywidualnej |  |
|  | psycholog |  |
|  | katecheta |  |
|  | nauczyciel wychowania fizycznego |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**INFORMACJA O ZATWIERDZENIU MODYFIKACJI IPET**

**Oświadczam, że:**

- zapoznałem/am się z treścią modyfikacji IPET,

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

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………- otrzymałem/am ksero modyfikacji IPET **/** rezygnuję z otrzymania kserokopii modyfikacji IPET\*

……………………………………………………..

Data i podpis rodzica/opiekuna prawnego

lub adnotacja o poinformowaniu

……………………………………………………..

Data i podpis Dyrektora

\*niepotrzebne skreślić