**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