Załącznik nr 10

do procedury organizowania i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej   
w Szkole Podstawowej w Domaszewnicy

**ARKUSZ WIELOSPECJALISTYCZNEJ OCENY FUNKCJONOWANIA UCZNIA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko ucznia: | Data urodzenia: | Oddział: |
| Data dokonania wielospecjalistycznej oceny funkcjonowania ucznia: | | |
| **DIAGNOZY CZĄSTKOWE** | | |
| **Źródło informacji:** | **Analiza funkcjonowania w zakresie indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych:** | |
| **Analiza orzeczenia, opinii** |  | |
| **Informacje od rodziców** |  | |
| **Obserwacje wychowawcy i nauczycieli** |  | |
| **Kurator sądowy** |  | |
| **Informacje medyczne – np. analiza dokumentacji, informacje od lekarzy** |  | |
| **Psycholog** |  | |
| **Pedagog** |  | |
| **Logopeda** |  | |
| **Nauczyciel biblioteki** |  | |
| **Doradca zawodowy** |  | |
| **Inni specjaliści** |  | |
| **Analiza prac ucznia** |  | |
| **Przyczyny niepowodzeń edukacyjnych lub trudności w funkcjonowaniu, w tym bariery i ograniczenia utrudniające funkcjonowanie i uczestnictwo ucznia w życiu szkolnym, przedszkolnym** |  | |

**PODSUMOWANIE OCENY FUNKCJONOWANIA UCZNIA**

**na podstawie diagnoz cząstkowych**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Obszar funkcjonowania** | **Opis funkcjonowania ucznia w danym obszarze** | | **Potrzeby wynikające z diagnozy**  **ucznia w danym obszarze** |
| **Mocne strony** | **Słabe strony** |
| **Ogólna sprawność fizyczna** (motoryka duża) |  |  |  |
| **Sprawność rąk dziecka** (motoryka mała) |  |  |  |
| **Zmysły** (wzrok, słuch, czucie, węch, równowaga) **i integracja sensoryczna** |  |  |  |
| **Komunikowanie się oraz artykulacja** |  |  |  |
| **Sfera poznawcza** (opanowanie techniki szkolnych, zakres opanowanych treści programowych, osiągnięcia  i trudności, pamięć, uwaga, myślenie) |  |  |  |
| **Sfera emocjonalno – motywacyjna**  (radzenie sobie z emocjami, motywacja do nauki i pokonywania trudności, itp. |  |  |  |
| **Sfera społeczna** (kompetencje społeczne, relacje z dorosłymi, relacje z rówieśnikami, itp.) |  |  |  |
| **Samodzielność i możliwości  w zakresie samodecydowania** |  |  |  |
| **Szczególne uzdolnienia, predyspozycje, zainteresowania** |  |  |  |
| **Stan zdrowia** |  |  |  |
| **Inne obszary ważne z punktu widzenia funkcjonowania uczennicy** |  |  |  |

**OCENA EFEKTYWNOŚCI DOTYCHCZAS UDZIELANEJ UCZENNICY POMOCY PSYCHOLOGICZNO – PEDAGOGICZNEJ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Rodzaj udzielanego wsparcia, zakres, charakter udzielanego wsparcia ze strony nauczycieli, specjalistów, pomocy nauczycieli:** | | **Osoba odpowiedzialna/prowadzący zajęcia** | |
|  | |  | |
|  | |  | |
|  | |  | |
| **Przyczyny niepowodzeń edukacyjnych lub trudności w funkcjonowaniu ucznia, w tym bariery i ograniczenia utrudniające funkcjonowanie i uczestnictwo ucznia w życiu przedszkolnym lub szkolnym:** | | | |
| **Obszar ewaluacji** | **Opis (z podaniem przyczyn w przypadku, gdy cele i/lub zadania nie zostały zrealizowane)** | | **Wnioski do dalszej pracy** |
| **Ewaluacja wyniku (które cele zostały osiągnięte?)** |  | |  |
| **Ewaluacja procesu (w jaki sposób zadania zostały zrealizowane?)** |  | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Proponowane formy udzielania dalszej pomocy psychologiczno – pedagogicznej** | **Osoba odpowiedzialna/prowadzący zajęcia** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Podpisy uczestników zespołu**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko, podpis** | **Nazwa przedmiotu lub specjalista** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |