

**Załącznik nr 6**do procedury organizowania i udzielania  
pomocy psychologiczno-pedagogicznej**ARKUSZ WIELOSPECJALISTYCZNEJ OCENY FUNKCJONOWANIA UCZNI**

|   |  |        |
|---|--|--------|
| Imię i nazwisko ucznia:   | Data urodzenia:  | Klasa: |
| Data dokonania wielospecjalistycznej oceny funkcjonowania ucznia:     |  |        |
| <b>DIAGNOZY CZĄSTKOWE</b>   |  |        |
| <b><u>Źródło informacji:</u></b>                                      | <b><u>Analiza funkcjonowania w zakresie indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych:</u></b> |        |
| Analiza orzeczenia, opinii  |  |        |
| Informacje od rodziców  |  |        |
| Obserwacje wychowawcy i nauczycieli                                   |  |        |
| Kurator sądowy  |  |        |
| Informacje medyczne – np. analiza dokumentacji, informacje od lekarzy |  |        |
| Psycholog   |  |        |
| Pedagog   |  |        |
| Logopeda  |  |        |
| Terapeuta pedagogiczny  |  |        |
| Socjoterapeuta  |  |        |

|  |  |
|--|--|
| <b>Nauczyciel biblioteki</b>   |  |
| <b>Doradca zawodowy</b>  |  |
| <b>Inni specjaliści</b>  |  |
| <b>Analiza prac ucznia</b>   |  |
| <b>Przyczyny niepowodzeń edukacyjnych lub trudności w funkcjonowaniu, w tym bariery i ograniczenia utrudniające funkcjonowanie i uczestnictwo ucznia w życiu szkolnym, przedszkolnym</b> |  |

**PODSUMOWANIE OCENY FUNKCJONOWANIA UCZNI**

cd. Załącznik nr 6

**na podstawie diagnoz cząstkowych**

| <b>Obszar funkcjonowania</b>                        | <b>Opis funkcjonowania ucznia w danym obszarze</b> |                     | <b>Potrzeby wynikające z diagnozy ucznia w danym obszarze</b> |
|---|--|---------------------|---|
|   | <b>Mocne strony</b>                                | <b>Słabe strony</b> |   |
| <b>Ogólna sprawność fizyczna</b><br>(motoryka duża) |  |                     |   |
| <b>Sprawność rąk dziecka</b><br>(motoryka mała)     |  |                     |   |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <b>Zmysły</b> (wzrok, słuch, czucie, węch, równowaga) i <b>integracja sensoryczna</b>  |  |  |  |
| <b>Komunikowanie się oraz artykulacja</b>  |  |  |  |
| <b>Sfera poznawcza</b> (opanowanie techniki szkolnych, zakres opanowanych treści programowych, osiągnięcia i trudności, pamięć, uwaga, myślenie) |  |  |  |
| <b>Sfera emocjonalno – motywacyjna</b><br><br>(radzenie sobie z emocjami, motywacja do nauki i pokonywania trudności, itp.)                      |  |  |  |
| <b>Sfera społeczna</b> (kompetencje społeczne, relacje z dorosłymi, relacje z rówieśnikami, itp.)  |  |  |  |
| <b>Samodzielność i możliwości w zakresie samodecydowania</b>   |  |  |  |
| <b>Szczególne uzdolnienia, predyspozycje, zainteresowania</b>  |  |  |  |
| <b>Stan zdrowia</b>  |  |  |  |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
| <b>Inne obszary ważne z punktu widzenia funkcjonowania uczennicy</b> |  |  |  |

**OCENA EFEKTYWNOŚCI DOTYCHCZAS UDZIELANEJ UCZENNICY POMOCY PSYCHOLOGICZNO – PEDAGOGICZNEJ**      cd. Załącznik nr 6

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

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
| <b>Ewaluacja wyniku (które cele zostały osiągnięte?)</b>               |  |  |
| <b>Ewaluacja procesu (w jaki sposób zadania zostały zrealizowane?)</b> |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|   |  |
|---|--|
| <b>Proponowane formy udzielania dalszej pomocy psychologiczno – pedagogicznej</b> | <b>Osoba odpowiedzialna/prowadzący zajęcia</b> |
|   |  |
|   |  |
|   |  |

**Podpisy uczestników zespołu**

|                                |   |
|--------------------------------|---|
| <b>imię i nazwisko, podpis</b> | <b>nazwa przedmiotu lub specjalista</b> |
|                                |   |

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |