Załącznik nr 2c

 do Procedury dotyczącej działań i obiegu

 dokumentacji związanej z udzielaniem pomocy

 psychologiczno – pedagogicznej w Szkole

 Podstawowej nr 11 im. Jana Pawła II

 w Siedlcach

**WIELOSPECJALISTYCZNA OCENA POZIOMU FUNKCJONOWANIA DZIECKA NIEPEŁNOSPRAWNEGO – okresowa**

**Imię i nazwisko dziecka: ………………………………………………**

**Klasa: ……….……………..**

|  |  |
| --- | --- |
| **Zakres diagnozy** | **Obserwacja****data……………………** |
| **Radzenie sobie w sytuacjach trudnych ( kontrola emocjonalna)** |  |
| **Motywacja i rozwój społeczny** |  |
| **Mowa, komunikacja** |  |
| **Spostrzeganie wzrokowe i orientacja przestrzenna (percepcja słuchowa, wzrokowa)** |  |
| **Pamięć, uwaga, myślenie** |  |
| **Motoryka mała i duża** |  |

**Rok szkolny: ………………**

* **Informacje od rodziców/prawnych opiekunów dziecka**

 Funkcjonowanie dziecka: …………………………………………………................................

…………………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………...

Wskazówki i oczekiwania do pracy z dzieckiem:………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………...

* **Informacje zespołu**

|  |  |
| --- | --- |
| **Mocne strony, predyspozycje, zainteresowania, uzdolnienia** | **Trudności ucznia** |
|  |  |

Przyczyny trudności

…………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………...

Funkcjonowanie ucznia w grupie klasowej

.....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Dodatkowe informacje, uwagi na temat ucznia

................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................Zakres i charakter wsparcia ze strony nauczycieli, specjalistów, asystentów lub pomocy nauczyciela ……………………………………………………………………………………....

…………………………………………………………………………………………………

 **Wnioski do IPET:**

**1.**…………………………………………………………………………………………………...…...……………………………………………………………………………………..............................

**2.**………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………........................

**3.**………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………..........................

***WOPFU opracowana w dniu ………..……….. przez zespół powołany zarządzeniem dyrektora nr ………………. z dnia ………………. / na zebraniu rady pedagogicznej w dniu ……………………\* w składzie:***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Nazwisko, imię** | **Podpis** |
| 1. |  - przewodniczący |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |
| 5. |  |  |
| 6. |  |  |

W pracach zespołu przy opracowaniu WOPFU brali udział rodzice/ nie brali udziału rodzice ……………………………………………………………….. \*

 ( *imię i nazwisko rodziców* )

Podpis rodziców biorących udział w pracach zespołu przy opracowaniu WOPFU:

……………………………………………………, data ………………………...

Podpis innych osób biorących udział w pracach zespołu opracowującego WOPFU *(§6. ust. 8 Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych , niedostosowanych społecznie i zagrożonych niedostosowaniem społecznym)*

……………………………………………..……. , data ………………………

 *( imię i nazwisko )*

…………………………………………………. , data ………………………

 *( imię i nazwisko )*

WOPFU skonsultowana z pedagogiem / psychologiem szkolnym / pedagogiem specjalnym (*podpis*) ……………………………………………………….….

**Zatwierdzam ………………………………………….. ,** data …………..….

 (*podpis i pieczęć wicedyrektora*)

Odebrałem/am ……………………………………….... , data ………………

 *( podpis rodziców )*

\**uzupełnić, niepotrzebne skreślić*