załącznik nr 8 a

Wielospecjalistyczna ocena poziomu funkcjonowania ucznia

Schemat wielospecjalistycznej oceny poziomu funkcjonowania dziecka lub ucznia spełnia wymagania
§ 6 ust.10 rozporządzenia MEN 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 (Dz. U., poz. 1578) oraz rozporządzenia MEN z dnia 24 lipca 2015 r. w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci
 i młodzieży niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie i zagrożonych niedostosowaniem społecznym (Dz. U. poz. 1113 ze zm.)

**Szkoła Podstawowa im. Powstańców Wielkopolskich w Wirach**

Nazwa szkoły lub placówki

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko ucznia****Data jego urodzenia** | **Oznaczenie****klasy** | **Podstawa WOFU (nr orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego, data jego wydania)**  |
|  |  |  |
| **Orzeczenie wydane przez:** |  |
| **Orzeczenie wydane na czas:** |  |
| **Orzeczenie wydane z uwagi na:**  |  |

**Zespół w składzie:**

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

**Ustalił wielospecjalistyczna ocenę poziomu funkcjonowania ucznia w dniu …………………………**

|  |  |
| --- | --- |
| **Zagadnienia** | **Ustalenia** |
| **Diagnoza zawarta w orzeczeniu i sformułowane na jej podstawie wnioski**  |  |
| **Indywidualne potrzeby rozwojowe i edukacyjne** |  |
| **Mocne strony, predyspozycje, zainteresowania i uzdolnienia ucznia** |  |
| **Przyczyny niepowodzeń edukacyjnych lub trudności w funkcjonowaniu ucznia, w tym bariery i ograniczenia utrudniające funkcjonowanie i uczestnictwo ucznia w życiu przedszkolnym lub szkolnym** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Napotykane trudności w zakresie włączenia ucznia w zajęcia realizowane wspólnie z oddziałem/grupą (w przypadku ucznia realizującego wybrane zajęcia indywidualnie lub w grupie liczącej do 5 uczniów)** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Ocenę efektywności indywidualnego programu edukacyjno-terapeutycznego****Realizowanego w okresie:****Od …….. do ……..** |   |

Podpisy członków zespołu:

Podpis rodzica/Prawnego opiekuna
......................................................
Data:.............................................