

I. WIELOSPECJALISTYCZNA OCENA FUNKCJONOWANIA DZIECKA

Imię i nazwisko dziecka-
rok szkolny-

Zachowanie			
Bariery			
OBSZAR	MOCNE STRONY DZIECKA	SŁABE STRONY DZIECKA	POTRZEBY WYNIKAJĄCE Z DIAGNOZY W DANYM OBSZRZE
Ogólna sprawność fizyczna (motoryka duża)			
Sprawność rąk (motoryka mała)			
Zmysły (wzrok, słuch, czucie, węch, równowaga) i integracja sensoryczna			
Komunikowanie się oraz artykulacja			

Sfera poznawcza (opanowanie technik szkolnych, zakres opanowania 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, z równieśnikami itp.)			
Samodzielność			
Szczególne uzdolnienia			
Stan zdrowia ucznia w tym przyjmowane leki			

Opracował w dniu..... zespół w składzie:

1. Koordynator.....
2. Logopeda-.....
3. Terapeuta SI
4. Psycholog.....
5. Nauczyciel.....
6. Nauczyciel.....

Program zatwierdzał:

Dyrektor:

Zapoznałam/-łem się

.....
data i podpis rodzica/ prawnego opiekuna dziecka