

ARKUSZ DIAGNOSTYCZNY WCZESNEGO WSPOMAGANIA ROZWOJU DZIECKA NA ROK SZKOLNY

IMIĘ I NAZWISKO:

DATA URODZENIA:

NUMER OPINII:

WYDANĄ PRZEZ:

I. WIELOSPECJALISTYCZNA OCENA FUNKCJONOWANIA DZIECKA

Bariery		
OBSZAR	MOCNE STRONY DZIECKA	SŁABE STRONY DZIECKA
Ogólna sprawność fizyczna (motoryka duża)		
Sprawność rąk (motoryka mała)		
Zmysły (wzrok, słuch, czucie, węch, równowaga) i integracja sensoryczna		
Komunikowanie się oraz artykulacja		

Sfera poznawcza		
Sfera emocjonalno-motywacyjna		
Sfera społeczna		
Samodzielność		

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

1. Koordynator.....
2. Logopeda-.....
3. Terapeuta SI
4. Psycholog.....
5. Pedagog specjalny.....

Program zatwierdzał:

Wicedyrektor:

Zapoznałam/-łem się

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