**Aneks do Indywidualnego Programu Edukacyjno – Terapeutycznego**

**na rok szkolny ……….**

**dla ucznia ……………………., kl……**

**ARKUSZ WIELOSPECJALISTYCZNEJ OCENY POZIOMU FUNKCJONOWANIA UCZNIA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PODSUMOWANIE OCENY FUNKCJONOWANIA UCZNIA**  **na podstawie diagnoz cząstkowych w różnych obszarach funkcjonowania** | | |
| **Mocne strony ucznia**  (predyspozycje, uzdolnienia, dobrze opanowane umiejętności) | **Obszary wymagające wsparcia**  (przyczyny niepowodzeń edukacyjnych, trudności  w funkcjonowaniu, bariery i ograniczenia utrudniające funkcjonowanie i uczestnictwo ucznia w życiu szkoły) | **Indywidualne potrzeby rozwojowe  i edukacyjne ucznia** |
| **1.Sprawność fizyczna (motoryka duża/mała)** | | |
|  |  |  |
| **2.Zmysły i integracja sensoryczna (wzrok, słuch, czucie, węch, równowaga)** | | |
|  |  |  |
| **3.Komunikacja (zasób słownictwa, mowa, artykulacja, rodzaj aktywności)** | | |
|  |  |  |
| **4.Sfera poznawcza (opanowanie technik szkolnych i treści programowych oraz pamięć, uwaga i myślenie)** | | |
|  |  |  |
| **5.Sfera społeczna (kompetencje społeczne, relacje z dorosłymi, relacje z rówieśnikami itp.)** | | |
|  |  |  |
| **6.Sfera emocjonalno-motywacyjna (radzenie sobie z emocjami, zachowania trudne, motywacja do nauki, itp.)** | | |
|  |  |  |
| **7.Samodzielność i samoobsługa (nawyki higieniczne, ubieranie się, jedzenie, …)** | | |
|  |  |  |
| **8.Zainteresowania i szczególne uzdolnienia** | | |
|  | | |
| **9.Stan zdrowia (stała opieka specjalistów, przyjmowane leki)** | | |
|  | | |
| **10.Inne obszary ważne z punktu widzenia funkcjonowania ucznia** | | |
|  | | |

**ZAKRES I SPOSÓB DOSTOSOWANIA WYMAGAŃ EDUKACYJNYCH   
DO INDYWIDUALNYCH POTRZEB ROZWOJOWYCH I EDUKACYJNYCH   
ORAZ MOŻLIWOŚCI PSYCHOFIZYCZNYCH UCZNIA, W SZCZEGÓLNOŚCI PRZEZ ZASTOSOWANIE ODPOWIEDNICH METOD I FORM PRACY § 6.1.1**

**1. Treści edukacyjne**

Uczeń realizuje podstawę programową kształcenia ogólnego dla szkoły podstawowej.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Przedmiot/osoba prowadząca** | **Symptomy trudności  w nauce przedmiotu** | **Sposoby dostosowania wymagań edukacyjnych (formy i metody pracy)** |
|  |  |  |

**CELE DZIAŁAŃ EDUKACYJNYCH I TERAPEUTYCZNYCH UWZGLĘDNIAJĄCE ZDIAGNOZOWANE POTRZEBY UCZNIA**

**Terapia logopedyczna**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Cele kształcenia** | **Sposób realizacji** | **Termin**  **realizacji** | **Osoby  odpowiedzialne** |
|  |  |  |  |

**FORMY I OKRES UDZIELANIA UCZNIOWI POMOCY**

**PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNEJ ORAZ WYMIAR GODZIN § 6.1.3**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Rodzaj zajęć** | **Osoba prowadząca** | **Okres udzielania PPP** | **Ilość godzin** |
|  |  |  |  |

**ZAJĘCIA REWALIDACYJNE ORAZ INNE ZAJĘCIA ODPOWIEDNIE ZE WZGLĘDU   
NA INDYWIDUALNE POTRZEBY ROZWOJOWE I EDUKACYJNE   
ORAZ MOŻLIWOŚCI PSYCHOFIZYCZNE UCZNIA § 6.1.5**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Rodzaj zajęć** | **Osoba prowadząca** | **Ilość godzin** |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Powyższy Aneks**

**dla ucznia …………………..**

**został sporządzony dn. …………… przez zespół w składzie:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko** | **Stanowisko** | **Podpis** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**UWAGI:**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**INFORMACJA O ZATWIERDZENIU**

|  |  |
| --- | --- |
| **Data i podpis Dyrektora** | **Data i podpis rodzica lub adnotacja o poinformowaniu** |
|  |  |