**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** |
|  |  |