

ARKUSZ WIELOSPECJALISTYCZNEJ OCENY FUNKCJONOWANIA UCZNIĄ

Imię i nazwisko ucznia:
 Klasa:..... wiek:
 Nr orzeczenia:
 Wychowawca:.....

| I. INDYWIDUALNE POTRZEBY UCZNIĄ | | Zakres i charakter wsparcia w zależności od potrzeb |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------|
| --rozwojowe | | |
| -edukacyjne | | |
| II.MOCNE STRONY UCZNIĄ (predyspozycje, zainteresowania, uzdolnienia) | | |
| III. PRZYCZYNY NIEPOWODZEŃ EDUKACYJNYCH LUB TRUDNOŚCI W FUNKCJONOWANIU UCZNIĄ , w tym bariery i ograniczenia utrudniające funkcjonowanie i uczestnictwo ucznia w życiu przedszkolnym lub szkolnym, | | |

Osoby biorące udział w zebraniu zespołu są zobowiązane do nieujawniania spraw poruszanych na spotkaniu, które mogą naruszać dobra osobiste dziecka, jego rodziców, nauczycieli, wychowawców, specjalistów prowadzących prowadzących zajęcia z uczniem, a także pozostałych osób biorących udział w spotkaniu.

Podpis zespołu:

Data:.....

.....

Podpis rodzica

Data otrzymania kopii.....