**ARKUSZ WIELOSPECJALISTYCZNEJ OCENY POZIOMU FUNKCJONOWANIA UCZNIA**

(analiza skuteczności i efektywności udzielanej pomocy)

ROK SZKOLNY………………………../……PÓŁROCZE ROKU SZKOLNRGO ………………………

Imię i nazwisko ucznia: ..................................................

Klasa: ........................................

Data urodzenia: ........................................

Wychowawca: ..................................................

Rozpoznanie.......................................................................................

Ostatniej oceny poziomu funkcjonowania ucznia dokonano w dniu: …………………………..

Data dokonania oceny: ……………………………

|  |
| --- |
| **I. Funkcjonowanie ucznia** |
| **Źródło informacji** | **Zaobserwowane zmiany (pozytywne/negatywne)** |
| Nauczyciele (w tym nauczyciel współorganizujący kształcenie, asystent, nauczyciel wspomagający) |  |
| Nauczyciel prowadzący zajęcia rewalidacyjne  |  |
| Nauczyciele prowadzący inne zajęcia dodatkowe  |  |
| **II. Skuteczność podjętych działań** |
| Działania skuteczne  |  |
| Działania nieskuteczne (przyczyny nieskuteczności)  |  |
| **III. Wnioski do dalszej pracy , w tym zalecane formy, sposoby i okres udzielania dalszej pomocy oraz zakres i charakter wsparcia ze strony nauczyciela współorganizującego kształcenie, specjalistę, asystenta lub nauczyciel wspomagajacego** |
| Wnioski ogólne  |  |
| Zalecane formy, sposoby i okres udzielania dalszej pomocy |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Podpisy członków Zespołu:.........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................……………………………………………………………….................................................................. | ……………………………………………………………….Podpisy rodziców/opiekunów prawnych  |