Hajnówka, dnia ……………..

**WIELOSPECJALISTYCZNA OCENA POZIOMU FUNKCJONOWANIA UCZNIA**

|  |
| --- |
| **INFORMACJE O UCZNIU** |
| **Imię i nazwisko: Data urodzenia:****Etap edukacyjny: Klasa:** |
| **Zakres i charakter wsparcia ze strony nauczycieli, specjalistów, asystentów lub pomocy nauczyciela:**  |
| **Mocne strony, predyspozycje, zainteresowania i uzdolnienia ucznia:** |
| **Indywidualne potrzeby rozwojowe i edukacyjne:** |
| **Stan zdrowia (pozostawanie pod opieką poradni specjalistycznych):** |
| **Przyczyny niepowodzeń edukacyjnych lub trudności w funkcjonowaniu ucznia:** |
| **Bariery i ograniczenia utrudniające funkcjonowanie i uczestnictwo ucznia w życiu szkoły:** |
| **Trudności w zakresie włączenia ucznia w zajęcia realizowane wspólnie z oddziałem szkolnym\*:** |
| **Efekty podejmowanych działań:** |
| **Wnioski i rekomendacje do dalszej pracy z uczniem:** |
|  |

\* W przypadku ucznia realizującego wybrane zajęcia edukacyjne indywidualnie lub w grupie liczącej do 5 uczniów, zgodnie ze wskazaniem zawartym w IPET

Podpisy osób biorących udział w spotkaniu Zespołu:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Otrzymałem(am) kserokopię dokumentu w dniu ……………....

……………………………………………

 (czytelny podpis rodzica ucznia/uczennicy)