**Okresowa wielospecjalistyczna ocena poziomu funkcjonowania ucznia**

**po pierwszym semestrze roku szkolnego**

Imię i nazwisko ucznia:

Klasa:

Podstawa prawna:

1. Ustawa z dnia 14 grudnia 2016r. Prawo oświatowe, art. 127 (Dz.U. z 2017. poz. 59)
2. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017r. w sprawie warunków kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie i zagrożonych niedostosowaniem społecznym

(Dz.U. z 2017. poz. 1578)

Orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego – nr

 Wydane z uwagi na

|  |
| --- |
| **Uzdolnienia, osiągnięcia, mocne strony funkcjonowania ucznia** |
| **Edukacja** (uzdolnienia**,** zdobyte wiadomości i umiejętności) | **Zachowanie** (poziom motywacji, stosunek do wykonywanych zadań, funkcjonowanie w grupie) |
|  |  |
| **Przyczyny niepowodzeń, ograniczenia, trudności, słabe strony** |
| **Edukacja** ( ograniczenia, przyczyny niepowodzeń problemy z opanowaniem materiału, jeżeli występują, to czego dotyczą)  | **Zachowanie** (ograniczenia utrudniające funkcjonowanie i uczestnictwo w życiu szkolnym, poziom motywacji, stosunek do wykonywanych zadań, funkcjonowanie w grupie) |
|  |  |
| **Forma, zakres i charakter udzielanego wsparcia** |
|  |
| **Ocena efektywności podjętych działań:****Uwagi, zalecenia do dalszej pracy z uczniem, mające na celu poprawę jego funkcjonowania** |
|  |

Zapoznałam/łem się z okresową oceną poziomu funkcjonowania mojego (syna /córki) po I sem. roku szkolnego: .

Otrzymałam/łem kopię dokumentu.

……………………………………… ………………………………………….

Miejscowość, data Podpis rodzica/ opiekuna prawnego

Zespół dokonujący wielospecjalistycznej oceny poziomu funkcjonowania ucznia:
(nauczyciele i specjaliści prowadzący zajęcia z uczniem)

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwisko i imię** | **Podpis** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Data……………………… ….. ……………………...

 Podpis Dyrektora