**Załącznik nr 11**

 do procedury organizowania i udzielenia

 pomocy psychologiczno – pedagogicznej

**ARKUSZ WIELOSPECJALISTYCZNEJ OCENY POZIOMU FUNKCJONOWANIA UCZNIA/UCZENNICY
ZA I/II SEMESTR ROKU SZKOLNEGO …………………….**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko ucznia/ uczennicy** |  | **Data urodzenia** |  |
| **Dane szkoły** |  | **Klasa** |  |
| **Orzeczenie Nr…………………..****z dnia ……………………………****o potrzebie kształcenia specjalnego** |
| **UZDOLNIENIA/PREDYSPOZYCJE/ZAINTERESOWANIA UCZNIA/UCZENNICY** |
|  |
| **SŁABE STRONY** |
|  |
| **DIAGNOZY CZĄSTKOWE PO I/II SEMETRZE ROKU SZKOLNEGO …………………** |
| **Przedmioty szkolne/ zajęcia specjalistyczne** | **Analiza funkcjonowania/ Ocena efektywności** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **GŁÓWNE KIERUNKI PRACY W II SEMESTRZE/ W KOLEJNYM ROKU SZKOLNYM** |
|  |

Członkowie zespołu:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nauczany przedmiot** | **Nauczyciel** | **Podpis** |
|  |  |  |  |

Dnia …………………………..zapoznałem/łam się i akceptuję Arkusz Wielospecjalistycznej Oceny Poziomu Funkcjonowania Ucznia/Uczennicy za I/II semestr roku szkolnego …………………………………………

Podpis rodzica/opiekuna prawnego

………………………………………….............

Podpis Dyrektora

…………………………………………………..