**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

…………………………………………………..