**ARKUSZ WIELOSPECJALISTYCZNEJ OCENY FUNKCJONOWANIA DZIECKA**

(podstawa opracowania dla dziecka indywidualnego programu edukacyjno-terapeutycznego)

**Imię i nazwisko ucznia/ dziecka:**

**Klasa/ grupa: oddział przedszkolny**

**Data urodzenia:**

**Wychowawca:**

**Orzeczenie:**

* data wydania:
* Numer:
* kto wydał:

**Rozpoznanie :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **OCENA FUNKCJONOWANIA UCZNIA/ DZIECKA** | | | | |
| **Obszar funkcjonowania** | **Opis funkcjonowania dziecka w danym obszarze** | | | **Potrzeby wynikające z diagnozy dziecka w danym obszarze** |
| **Mocne strony** | | **Słabe strony** |
| **Ogólna sprawność fizyczna ucznia** (motoryka duża) |  | |  |  |
| **Sprawność rąk ucznia** (motoryka mała) |  | |  |  |
| **Zmysły** (wzrok, słuch, czucie, węch, równowaga) **i integracja sensoryczna** |  | |  |  |
| **Komunikowanie się oraz artykulacja** |  | |  |  |
| **Sfera poznawcza** (zakres opanowanych treści programowych, osiągnięcia i trudności, pamięć, uwaga, myślenie) |  | |  |  |
| **Sfera emocjonalno-motywacyjna**  (radzenie sobie z emocjami, motywacja do nauki i pokonywania trudności itp.) |  | |  |  |
| **Sfera społeczna** (kompetencje społeczne, relacje z dorosłymi, relacje z rówieśnikami itp.) |  | |  |  |
| **Samodzielność** |  | |  |  |
| **Szczególne uzdolnienia** ( wynikające z obserwacji) |  | |  |  |
| **Stan zdrowia ucznia (w tym przyjmowane leki)** |  | |  |  |
| **Wskazanie zespołu czy istnieje zasadność/ konieczność objęcia zajęciami indywidualnymi lub w grupie do 5 osób – jeśli tak to wskazać przedmioty i rok szkolny** |  | |  |  |
| **Zauważone trudności funkcjonowania dziecka na zajęciach, z całą grupą lub w innych sytuacjach w grupie rówieśniczej** |  | |  |  |
| **Przewidywany termin modyfikacji WOFU z uwzględnieniem efektywności zadań przewidzianych w IPECIE i na podstawie obserwacji funkcjonowania dziecka** |  |  | | . |

*Podpis członków zespołu:*