*Publiczna Szkoła Podstawowa im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego Załącznik nr 1 do Procedury*

**KARTA POMOCY dla ucznia ……………………………………………… klasa: …… rok szkolny …………….**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Powód objęcia pomocą** *(np. diagnoza z porani, własne spostrzeżenia)* | **Formy pomocy** *(np. zaj. wyrówn., zaj. korekcyjno-komp., konsultacje, itp.)* | **Okres udzielania pomocy**  | **Wymiar godzin** | **Prowadzący**  | **Uwagi** |
|  |  |  |  |  |  |

…………………………… ………………………………………….. (wychowawca) (dyrektor)

*Publiczna Szkoła Podstawowa im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego Załącznik nr 2 do Procedury*

*………………………….. Wola Dębińska,* *dn*…………………

imię i nazwisko wnioskodawcy

**Dyrektor Publicznej Szkoły Podstawowej**

**w Woli Dębińskiej**

**Wniosek o objęcie ucznia pomocą psychologiczno - pedagogiczną**

Informuję o potrzebie objęcia ucznia …………………………………………………………. z klasy …………... pomocą psychologiczno – pedagogiczną w formie ……………………… …………………………………………………………………………………………………. zgodnie z rozporządzeniem MEN z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach

UZASADNIENIE

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………..

*podpis wnioskującego*

*(nauczyciel/rodzic)*

*Publiczna Szkoła Podstawowa im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego Załącznik nr 3 do Procedury*

**Informacja dla rodziców**

**w sprawie objęcia ucznia pomocą psychologiczno – pedagogiczną**

## Na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno – pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach Dyrektor Szkoły informuje o organizacji pomocy psychologiczno – pedagogicznej

w roku szkolnym **………………..** dla ucznia/uczennicy **………………………………………………** z klasy…. w formie ………………………………………………………………………………………………………………………………

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

Okres udzielania pomocy : …………………………

Wymiar godzin: ……………………………………..

Osoba prowadząca zajęcia: ……………………………………………………..

Termin i godzina zajęć: ……………………………………………………………

……………………………….. ………………………………..

 (miejscowość, data) (dyrektor szkoły)

**INFORMACJA ZWROTNA RODZICÓW:**

Potwierdzam, że zapoznałam/em się z zaproponowanymi formami pomocy oraz wyrażam zgodę na objęcie mojego dziecka pomocą psychologiczno – pedagogiczną. Zgoda jest równoznaczna z udziałem dziecka w proponowanych zajęciach.

……………………………….. ………………………………………….

 (miejscowość, data) (podpis rodziców/prawnych opiekunów)

Tel. Kontaktowy: …………………………

**Rezygnacja**

Oświadczam, iż rezygnuję z proponowanych przez szkołę form pomocy psychologiczno – pedagogicznej.

……………………………….. ……………………………….. (miejscowość, data) (podpis rodziców/prawnych opiekunów)

*Publiczna Szkoła Podstawowa*

 *im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego*

 *Załącznik nr 4 do Procedury*

Ocena efektywności udzielanej pomocy psychologiczno – pedagogicznej za ……półrocze w roku szkolnym …………………………..

Imię i nazwisko ucznia: …………………………………………….... Klasa …

Forma pomocy\*………………………………………

Ocena efektywności:………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Wnioski i zalecenia do dalszej pracy: …………………………………………………………… ..........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

……………………………………… ( imię i nazwisko nauczyciela)

\**zajęcia dydaktyczno wyrównawcze, zajęcia korekcyjno – kompensacyjne, zajęcia rozwijające uzdolnienia, zajęcia rozwijające kompetencje emocjonalno – społeczne, porady i konsultacje, zajęcia logopedyczne, zindywidualizowana ścieżka kształcenia, zajęcia związane z wyborem kierunku kształcenia i zawodu*

*Publiczna Szkoła Podstawowa*

 *im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego*

 *Załącznik nr 4 do Procedury*

Ocena efektywności udzielanej pomocy psychologiczno – pedagogicznej za ……półrocze w roku szkolnym …………………………..

Imię i nazwisko ucznia: ………………………………………………….. Klasa ………

Forma pomocy\*………………………………………

Ocena efektywności:………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Wnioski i zalecenia do dalszej pracy: …………………………………………………………… ..........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

……………………………………… ( imię i nazwisko nauczyciela)

\**zajęcia dydaktyczno wyrównawcze, zajęcia korekcyjno – kompensacyjne, zajęcia rozwijające uzdolnienia, zajęcia rozwijające kompetencje emocjonalno – społeczne, porady i konsultacje, zajęcia logopedyczne, zindywidualizowana ścieżka kształcenia, zajęcia związane z wyborem kierunku kształcenia i zawodu*

*Publiczna Szkoła Podstawowa im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego Załącznik nr 5 do Procedury*

**Ocena efektywności działań z zakresu pomocy psychologiczno – pedagogicznej** dla ucznia……………………………………………………………. kl ………………

Za semestr …………………………. w roku szkolnym …………………………………………….

|  |  |
| --- | --- |
| **Formy pomocy (***m.in.udział w zaj,dodat., dost. wymagań,**skuteczność działań wspierających, itp.)* | **Efekty lub ich brak. Uzasadnienie decyzji o kontynuacji lub zakończeniu organizowania pomocy p-p na terenie szkoły. Uwagi i wnioski do dalszej pracy**  |
|  |  |

Data: …………………………………. ………………………………… (wychowawca) (dyrektor szkoły)

*Publiczna Szkoła Podstawowa im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego Załącznik nr 6 do Procedury*

**Indywidualny Program Edukacyjno-Terapeutyczny**

1. **Imię i nazwisko ucznia:**
2. **Nazwa szkoły:**
3. **Okres realizacji Indywidualnego Programu Edukacyjno-Terapeutycznego:**

Nr orzeczenia

**4. Charakterystyka ucznia:**

|  |
| --- |
|   |

1. **Cele edukacyjne**

|  |
| --- |
|  |

1. **Cele terapeutyczne**

|  |
| --- |
|  |

1. **Cele wychowawcze:**

|  |
| --- |
|  |

1. **Zakres dostosowania wymagań edukacyjnych wynikających z programu nauczania do indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych oraz możliwości psychofizycznych ucznia** *(nazwa programu nauczania, w którym cele eduk. zostały określone, zakres dostosowania wymagań eduk .lub braku konieczności dostosowania wymagań z poszczególnych przedmiotów, dostosowanie sposobu sprawdzania wiadomości i ocenianie)*

|  |
| --- |
|  |

1. **Rodzaj i zakres zintegrowanych działań nauczycieli i specjalistów prowadzących zajęcia z uczniem** *(dla ucznia niepełnosprawnego – działania o charakterze rewalidacyjnym, dla ucznia niedostosowanego społecznie – działania o charakterze resocjalizacyjnym, dla ucznia zagrożonego niedostosowaniem społecznym – działania socjoterapeutyczne)*

|  |
| --- |
|  |

1. **Formy i metody pracy z uczniem** *(np. stosowanie zadań o różnym stopniu trudności, różnicowanie prac domowych, pomoc ze strony rówieśników, itp.)*

|  |
| --- |
|  |

1. **Formy, sposoby i okres udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej, wymiar godzin – ustala dyrektor**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| formy | sposoby | okres | wymiar |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **Działania wspierające rodziców ucznia oraz zakres współpracy z poradniami psychologiczno-pedagogicznymi/poradniami specjalistycznymi/placówkami doskonalenia nauczycieli/innymi instytucjami**

|  |
| --- |
|  |

1. **Zajęcia specjalistyczne** *(np. zajęcia korekcyjno-kompensacyjne, rewalidacyjne, logopedyczne, socjoterapeutyczne i inne)*
2. **Zakres współpracy nauczycieli i specjalistów z rodzicami w realizacji programu**

|  |
| --- |
|  |

1. **Szczegółowy harmonogram zajęć:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **poniedziałek** | **wtorek** | **środa** | **czwartek** | **piątek** | **RAZEM** |
| Zajęcia rewalidacyjno - wychowawcze |  |  |  |  |  |  |
| Zajęcia z klasą |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| RAZEM |  |  |  |  |  |  |

1. **Data :**

 **podpis członków zespołu**

………………………………… …………………………………

………………………………..

……………………………….. (podpis dyrektora)

1. **Zgoda rodziców na realizację programu: ………………………………………**

*Publiczna Szkoła Podstawowa im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego Załącznik nr 7 do Procedury*

**ARKUSZ WIELOSPECJALISTYCZNEJ OCENY POZIOMU**

**FUNKCJONOWANIA UCZNIA**

(podstawa opracowania dla ucznia indywidualnego programu edukacyjno - terapeutycznego)

Imię i nazwisko ucznia: .................................................. Klasa: ........................................

Data urodzenia: ........................................

Wychowawca: ..................................................

Orzeczenie:

* data wydania: ........................................
* numer : ........................................
* kto wydał : ........................................
**I**

 **Rozpoznanie**

........................................................................................................................

**II. Diagnozy**

|  |  |
| --- | --- |
| **Źródło informacji** | **Analiza funkcjonowania** |
| Orzeczenie;opinia psychologiczno-pedagogiczna |  |
| Nauczyciele | **CZYNNIKI WEWNĘTRZNE**(z uwzględnieniem przyczyn niepowodzeń edukacyjnych lub trudności w funkcjonowaniu - bariery i ograniczenia)Motoryka (mała i duża):Spostrzeganie: Uwaga: Pamięć:Myślenie: Mowa:Kontrola emocjonalna, radzenie sobie w sytuacjach trudnych: Motywacja do nauki: Wiadomości i umiejętności szkolne: Zainteresowania: **CZYNNIKI ZEWNĘTRZNE**(z uwzględnieniem przyczyn niepowodzeń edukacyjnych lub trudności w funkcjonowaniu-bariery i ograniczenia)Środowisko rodzinne: Środowisko rówieśnicze: Środowisko szkolne:  |
| Rodzice |  |
| Lekarze pracujący z dzieckiem |  |
| Nauczyciele/specjaliści prowadzący zajęcia dodatkowe  |  |
| Badania specjalistyczne prowadzone w szkole |  |
| Dokumentacja prowadzona przez wychowawcę klasy |  |

**III. Podsumowanie oceny funkcjonowania ucznia**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Obszar funkcjonowania** | **Opis funkcjonowania ucznia w danym obszarze** | **Potrzeby wynikające z opisu funkcjonowania ucznia** |
| **mocne strony** | **słabe strony** |
| Sprawność fizyczna(motoryka mała i duża) |  |  |  |
| Funkcje poznawcze(spostrzeganie, uwaga, pamięć, myślenie) |  |  |  |
| Mowa |  |  |  |
| Emocje(radzenie sobie z emocjami i pokonywaniem trudności)  |  |  |  |
| Motywacja(do nauki i innego rodzaju aktywności) |  |  |  |
| Opanowanie technik szkolnych i zakres opanowania treści programowych |  |  |  |
| Kompetencje społeczne(relacje z rówieśnikami i dorosłymi)  |  |  |  |
| Szczególne uzdolnienia |  |  |
| Inne obszary istotne, z punktu widzenia funkcjonowania ucznia (relacje z rówieśnikami i dorosłymi)  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Podpisy członków Zespołu:............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................ |

*Publiczna Szkoła Podstawowa im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego Załącznik nr 8 do Procedury*

**ARKUSZ WIELOSPECJALISTYCZNEJ OCENY POZIOMU**

**FUNKCJONOWANIA UCZNIA**

(analiza skuteczności i efektywności udzielanej pomocy)

Imię i nazwisko ucznia: .................................................. Klasa: ........................................

|  |
| --- |
| **I. Funkcjonowanie ucznia** |
| **Źródło informacji** | **Zaobserwowane zmiany (pozytywne/negatywne)** |
| Nauczyciele (w tym nauczyciel współorganizujący kształcenie, asystent lub pomoc nauczyciela - o ile zostali zatrudnieni)  |  |
| Nauczyciel prowadzący zajęcia rewalidacyjne  |  |
| Nauczyciele prowadzący inne zajęcia dodatkowe  |  |
| Rodzice |  |

|  |
| --- |
| **II. Skuteczność podjętych działań** |
| Działania skuteczne  |  |
| Działania nieskuteczne (przyczyny nieskuteczności)  |  |
| **III. Nowe okoliczności wpływające na funkcjonowanie ucznia lub ocenę jego funkcjonowania** |
| Nowa opinia psychologiczno-pedagogiczna, dodatkowe wyniki badań lekarskich, inne nowe dane diagnostyczne (diagnoza, zalecenia)  |  |
| Istotne zmiany w sytuacji życiowej ucznia  |  |

|  |
| --- |
| **IV. Wnioski do dalszej pracy , w tym zalecane formy, sposoby i okres udzielania dalszej pomocy oraz zakres i charakter wsparcia ze strony nauczyciela współorganizującego kształcenie, specjalistę, asystenta lub pomoc nauczyciela (o ile zostali zatrudnieni).**  |
| Wnioski ogólne  |  |
| Zalecane formy, sposoby i okres udzielania dalszej pomocy |  |
| Zmiany (o ile są konieczne) w zakresie i charakterze wsparcia ze strony nauczyciela współorganizującego kształcenie, specjalisty, asystenta lub pomocy nauczyciela (o ile zostali zatrudnieni)  |  |

DATA: podpisy członków zespołu

Podpis rodziców:

*Publiczna Szkoła Podstawowa im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego Załącznik nr 9 do Procedury*

*Wola Dębińska 330, 32 – 852 Dębno woj. małopolskie*

*Tel. 14 66 58 218, e-mail:* *dyrektor@szkolawola.pl*

Wola Dębińska, dn. ………………………………………………………………. r.

 **Pani/Pan**

**………………………………………………**

Dyrektor Publicznej Szkoły Podstawowej im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Woli Dębińskiej zawiadamia, iż w dniu ………………………… o godzinie ……………… w sali nr ……………. odbędzie się spotkanie zespołu nauczycieli w sprawie opracowania\*/modyfikacji\* indywidualnego programu edukacyjno – terapeutycznego\*/dokonania wielospecjalistycznej oceny poziomu funkcjonowania ucznia\* ………………………………………………………………………………………..

Informuję, iż jest możliwość udziału w zaplanowanym spotkaniu.

Dyrektor szkoły

\*niepotrzebne skreślić

*Publiczna Szkoła Podstawowa im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego Załącznik nr 10 do Procedury*

**PROTOKÓŁ POSIEDZENIA ZESPOŁU NAUCZYCIELI I SPECJALISTÓW ŚWIADCZĄCYCH POMOC PSYCHOLOGICZNO – PEDAGOGICZNĄ**

W dniu …………………………….. odbyło się posiedzenie Zespołu dla ucznia

…………………………………….. z klasy ……………… w składzie

1. …………………………………… - Dyrektor/wice Dyrektor
2. ……………………………………
3. ……………………………………
4. …………………………………….
5. …………………………………….
6. ……………………………………..
7. ……………………………………..
8. ……………………………………..

Rodzice ucznia – państwo ………………………………………………. zostali powiadomieni o terminie posiedzenia i byli/nie byli obecni na spotkaniu.

Podczas spotkania dokonano analizy następujących dokumentów:

* orzeczenia/opinii poradni P – P
* opinii nauczycieli uczących
* zaświadczeń lekarskich
* IPET
* innych (jakich?)

Ustalono, co następuje (*wskazanie form pomocy, postępów itd.):*

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Rodzice wyrazili następujące stanowisko:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Rodzice nie byli obecni – Przewodniczący zobowiązał Panią/Pana ……………………….

do sporządzenia informacji z posiedzenia Zespołu i przekazania jej rodzicom ucznia.

Uwagi:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Podpis przewodniczącego Zespołu:

………………………………………..

Podpis członków Zespołu:

1. ……………………………………
2. ……………………………………
3. …………………………………….
4. …………………………………….
5. ……………………………………..
6. ……………………………………..
7. ……………………………………..
8. …………………………………….

Podpisy rodziców:

……………………………………………………………………………….