

# KARTA INDYWIDUALNYCH POTRZEB UCZNI

1. Imię (imiona) i nazwisko ucznia: .....

2. Szkoła, klasa: .....

3. Rok szkolny, data założenia karty: .....

## 4. Podstawa założenia karty (podkreślić):

- opinia poradni psychologiczno-pedagogicznej:

numer: ..... data wydania: .....

- orzeczenie o potrzebie indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego:

numer: ..... data wydania: .....

- orzeczenie o potrzebie indywidualnego nauczania:

numer: ..... data wydania: .....

- informacje o stanie zdrowia;

- rozpoznanie możliwości psychofizycznych oraz indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych:

- rozpoznane niepowodzenia szkolne;
- ryzyko wystąpienia specyficznych trudności w uczeniu się;
- rozpoznane predyspozycje i uzdolnienia;
- inne .....

## ZAKRES, W KTÓRYM UCZEŃ WYMAGA POMOCY PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNEJ

Data .....

### 1. Poziom wiedzy i umiejętności szkolnych.

Ograniczenia: .....

.....

.....

Mocne strony: .....

.....

### 2. Funkcje percepcyjno-motoryczne (percepcja wzrokowa, słuchowa, motoryka, lateralizacja, orientacja w schemacie ciała, koordynacja tych funkcji).

Ograniczenia: .....

.....

.....

Mocne strony: .....

.....

**3. Funkcjonowanie społeczno-emocjonalne (jako ucznia i członka społeczności klasowej).**

Ograniczenia: .....

.....

Mocne strony: .....

.....

**4. Motywacja.**

Ograniczenia: .....

.....

Mocne strony: .....

.....

**5. Dodatkowe uwagi.**

.....

.....

**ZALECANE FORMY, SPOSOBY I OKRES UDZIELANIA POMOCY  
PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNEJ**

- 1. Dostosowanie wymagań edukacyjnych do indywidualnych potrzeb rozwojowych psychofizycznych i edukacyjnych ucznia.**
- 2. Uzupelnianie braków w wiedzy i umiejętnościach szkolnych. Usprawnianie funkcji percepcyjno-motorycznych:**

.....

.....

.....

- 3. Usprawnianie mowy:**

.....

.....

- 4. Funkcjonowanie w grupie:**

.....

.....

.....

- 5. Inne:**

.....

.....

.....



Osoby uczestniczące w posiedzeniu Zespołu (podpis, data)

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

Podpis dyrektora placówki

**USTALONE PRZEZ DYREKTORA FORMY, SPOSOBY I OKRES UDZIELANIA POMOCY PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNEJ ORAZ WYMIAR GODZIN ICH REALIZACJI**

1. ....  
a. okres udzielania pomocy: .....  
b. wymiar godzin: .....  
c. odpowiedzialny (prowadzący): .....
2. ....  
a. okres udzielania pomocy: .....  
b. wymiar godzin: .....  
c. odpowiedzialny (prowadzący): .....
3. ....  
a. okres udzielania pomocy: .....  
b. wymiar godzin: .....  
c. odpowiedzialny (prowadzący): .....
4. ....  
a. okres udzielania pomocy: .....  
b. wymiar godzin: .....  
c. odpowiedzialny (prowadzący): .....

DATA: .....

PODPIS: .....

# OCENA EFEKTYWNOŚCI POMOCY PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNEJ

Data: .....

## 1. Poziom wiedzy i umiejętności szkolnych. Funkcje percepcyjno-motoryczne.

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

## 2. Funkcjonowanie społeczno-emocjonalne (jako ucznia i członka społeczności klasowej).

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

## 3. Motywacja.

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

Osoby uczestniczące w posiedzeniu Zespołu (podpis, data)

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

Podpis dyrektora placówki

.....