

KARTA INDYWIDUALNYCH POTRZEB UCZNIA

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. Uzupełnianie braków w wiedzy i umiejętnościach szkolnych. Usprawnianie funkcji percepcyjno-motorycznych:**

- 3. Usprawnianie mowy:**

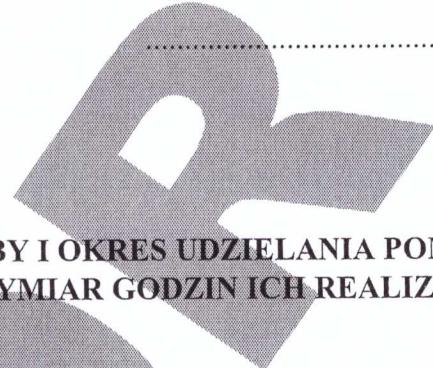
- 4. Funkcjonowanie w grupie:**

- 5. Inne:**

Osoby uczestniczące w posiedzeniu Zespołu (podpis, data)

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

Podpis dyrektora placówki



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

1.
 - a. okres udzielania pomocy:
 - b. wymiar godzin:
 - c. odpowiedzialny (prowadzi):

2.
 - a. okres udzielania pomocy:
 - b. wymiar godzin:
 - c. odpowiedzialny (prowadzi):

3.
 - a. okres udzielania pomocy:
 - b. wymiar godzin:
 - c. odpowiedzialny (prowadzi):

4.
 - a. okres udzielania pomocy:
 - b. wymiar godzin:
 - c. odpowiedzialny (prowadzi):

DATA:

PODPIS:

OCENA EFEKTYWNOŚCI POMOCY PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNEJ

Data:

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

A large, stylized, dark gray graphic element resembling a question mark or a checkmark, positioned centrally below the horizontal dotted lines.

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

A large, bold, black-and-white graphic featuring the letters 'A' and 'B'. The letter 'A' is positioned on the left, and the letter 'B' is on the right, partially overlapping. Both letters have a textured, almost wood-grain appearance. They are set against a white background with a thin black border around the entire image.

3. Motywacja.

Oosoby uczestniczące w posiedzeniu Zespołu (nadm. data)

Osoby uczestniczące w posiedzeniu Zespołu (podpis, data)

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

Podpis dyrektora placówki