

.....
(pieczęć szkoły)

.....
(miejscowość, data)

OPINIA O FUNKCJONOWANIU UCZNIA/UCZENNICY
dla potrzeb Zespołu Orzekającego
Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej Nr 1 w Rzeszowie

Imię i nazwisko ucznia

Data i miejsce urodzenia PESEL

Imię i nazwisko rodziców

Adres zamieszkania

Szkoła klasa

Imię i nazwisko wychowawcy

1. Czy uczeń / uczennica był/a badany/a w poradni psychologiczno-pedagogicznej (jeśli tak, proszę podać termin, powód badania)

2. Aktualny powód skierowania na badanie w poradni

3. Czy uczeń / uczennica powtarzał/a klasę? (którą, z jakiego powodu)

4. Uczenie się i stosowanie wiedzy (KSzOF* – obszar 1)

Mocne strony / zasoby

Trudności /bariery w funkcjonowaniu

Poziom opanowania technik szkolnych

• **czytanie:**

- tempo

- płynność

- rozumienie

• **pisanie (ręka prawa / lewa / oburęczność):**

- tempo

- poziom graficzny
- nasilenie błędów
- rodzaj błędów

• **liczenie:**

- opanowanie technik liczenia - pamięciowych, pisemnych
- umiejętność rozwiązywania zadań tekstowych, geometrycznych i innych

• **wypowiedzi pisemne:**

5. Funkcjonowanie w sytuacjach zadaniowych, aktywność szkolna i wywiązywanie się z obowiązków. Ogólne zadania i obowiązki (KSzOF* – obszar 2 i 8)

Mocne strony / zasoby

Trudności /bariery w funkcjonowaniu

Aktywność ucznia

• **na lekcjach:**

• **na zajęciach pozalekcyjnych:** (udział w kółkach przedmiotowych, zajęciach dydaktyczno-wyrównawczych, korekcyjno-kompensacyjnych, częstotliwość zajęć)

• **przygotowanie do zajęć szkolnych:**

- ustne (przygotowany / nieprzygotowany): zawsze / często / nieregularnie
- pisemne (przygotowany / nieprzygotowany): zawsze / często / nieregularnie

6. Porozumiewanie się (KSzOF* – obszar 3)

Mocne strony / zasoby

Trudności /bariery w funkcjonowaniu

wypowiedzi ustne: prawidłowy poziom wypowiedzi / nieprawidłowy poziom wypowiedzi: niechęć do wypowiadania się, ubogie słownictwo, nieprawidłowe formułowanie zdań, agramatyzmy, mowa gwarowa, trudności w rozpoczynaniu odpowiedzi, przyspieszone tempo mówienia, nie płynność mówienia, mowa mało wyraźna, nieprawidłowa artykulacja

7. Motoryka, poruszanie się, w tym mobilność i aktywność manualna (KSzOF – obszar 4)

Mocne strony / zasoby

Trudności /bariery w funkcjonowaniu

8. Dbanie o siebie, samoobsługa i samodzielność (KSzOF* – obszar 5)

Mocne strony / zasoby

Trudności /bariery w funkcjonowaniu

9. Życie domowe (KSzOF* – obszar 6)

Mocne strony / zasoby

Trudności /bariery w funkcjonowaniu

10. Wzajemne kontakty i związki międzyludzkie, życie w społeczności szkolnej i lokalnej (KSzOF* – obszar 7 i 9)

Mocne strony / zasoby

Trudności /bariery w funkcjonowaniu

Zachowanie na zajęciach lekcyjnych i pozalekcyjnych:

- nie budzi zastrzeżeń
- sprawia problemy wychowawcze (proszę dokładnie opisać jakiego typu są to problemy z uwzględnieniem konkretnych zachowań oraz podjętych przez szkołę działań zaradczych)

.....

.....

.....

Umiejętności społeczne (relacje z rówieśnikami oraz z dorosłymi)

.....

.....

Sytuacja rodzinna ucznia / uczennicy

.....

.....

Współpraca rodziców ze szkołą

- zaangażowani, korzystają z zaleceń i wskazówek nauczycieli
- słaba / brak kontaktu ze szkołą

.....

Czy rodzina korzysta ze wsparcia instytucji i podmiotów działających w środowisku lokalnym na rzecz dziecka i rodziny, w szczególności w zakresie ochrony zdrowia, pomocy społecznej i resocjalizacji nieletnich?

.....

11. Inne bariery środowiskowe utrudniające funkcjonowanie ucznia / uczennicy

.....

.....

12. Uzdolnienia i zainteresowania ucznia / uczennicy

.....

.....

13. Formy pomocy psychologiczno-pedagogicznej udzielanej uczniowi / uczennicy

.....

.....

14. Efekty udzielonej pomocy

.....

.....

15. Czy uczeń / uczennica wymaga zapewnienia wsparcia przez nauczyciela posiadającego kwalifikacje z zakresu pedagogiki specjalnej lub specjalistę lub inne osoby? (proszę podkreślić)

Tak, z jakiego powodu?

sugerowany zakres wsparcia

Nie

15. Czy uczeń / uczennica wymaga realizacji wybranych zajęć edukacyjnych indywidualnie lub w grupie liczącej do 5 uczniów? (proszę podkreślić)

Tak, z jakiego powodu?

sugerowane zajęcia

Nie

16. Czy uczeń / uczennica wymaga zwolnienia z nauki drugiego języka obcego nowożytnego lub języka łacińskiego? (proszę podkreślić)

Tak, z jakiego powodu?

Nie

17. Oceny z ostatniego semestru / końca roku

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

18. Stan zdrowia ucznia / uczennicy

• bez zastrzeżeń

• objęty specjalistyczną opieką medyczną

• z jakich powodów?

• wzrok

• słuch

• inne

19. Inne uwagi

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
(data i podpis wychowawcy)

.....
(pieczęć i podpis dyrektora szkoły)

*KSzOF – Kwestionariusz Szkolnej Oceny Funkcjonalnej, przykładowe narzędzie wspomagające przygotowanie
Opinii o funkcjonowaniu ucznia / uczennicy

