**Protokół Szkolnej Oceny Funkcjonalnej**

**Na podstawie:**

Domagała-Zyśk E., Mariańczyk K., Chrzanowska I., Czarnocka M., Jachimczak B., Olempska-Wysocka M., Otrębski W., Papuda-Dolińska B., Pawlak K., Podgórska-Jachnik D. (2022). Szkolna Ocena Funkcjonalna: Przebieg procesu w aspekcie oceny aktywności i uczestnictwa. Lublin: Wydawnictwo KUL. ss.124. ISBN 978-83-8288-068-7

Imię i nazwisko ucznia: ……………………………………………………………………… ;

Szkoła: …………………………………………… ; Klasa: …..…………………..

Miejsce i data: ………………………………………………………………..

*Część 1: Opis funkcjonowania ucznia*

(dane z *Arkusza Obserwacji Ucznia* oraz innych źródeł)

|  |
| --- |
| **Obszar I: Uczenie się i stosowanie wiedzy** |
| **Mocne strony ucznia w obszarze I** | **Słabe strony ucznia w obszarze I** |
|  |  |
| **Źródła wiedzy:****-** Arkusz Obserwacji Ucznia - Wywiad- badanie specjalistyczne (jakie?) - Inne (jakie?)........................................................................... |

|  |
| --- |
| **Obszar II. Ogólne zadania i obowiązki** |
| **Mocne strony ucznia w obszarze II** | **Słabe strony ucznia w obszarze II** |
|  |  |
| **Źródła wiedzy:****-** Arkusz Obserwacji Ucznia - Wywiad- badanie specjalistyczne (jakie?) - Inne (jakie?)........................................................................... |

|  |
| --- |
| **Obszar III. Porozumiewanie się** |
| **Mocne strony ucznia w obszarze III** | **Słabe strony ucznia w obszarze III** |
|  |  |
| **Źródła wiedzy:****-** Arkusz Obserwacji Ucznia - Wywiad- badanie specjalistyczne (jakie?) - Inne (jakie?)........................................................................... |

|  |
| --- |
| **Obszar IV. Poruszanie się - w tym mobilność i aktywność manualna** |
| **Mocne strony ucznia w obszarze IV** | **Słabe strony ucznia w obszarze IV** |
|  |  |
| **Źródła wiedzy:****-** Arkusz Obserwacji Ucznia - Wywiad- badanie specjalistyczne (jakie?) - Inne (jakie?)........................................................................... |

|  |
| --- |
| **Obszar V. Dbanie o siebie, samoobsługa i samodzielność** |
| **Mocne strony ucznia w obszarze V** | **Słabe strony ucznia w obszarze V** |
|  |  |
| **Źródła wiedzy:****-** Arkusz Obserwacji Ucznia - Wywiad- badanie specjalistyczne (jakie?) - Inne (jakie?)........................................................................... |

|  |
| --- |
| **Obszar VI. Wzajemne kontakty i związki międzyludzkie** |
| **Mocne strony ucznia w obszarze VI** | **Słabe strony ucznia w obszarze VI** |
|  |  |
| **Źródła wiedzy:****-** Arkusz Obserwacji Ucznia - Wywiad- badanie specjalistyczne (jakie?) - Inne (jakie?)........................................................................... |

|  |
| --- |
| **Obszar VII. Edukacja szkolna** |
| **Mocne strony ucznia w obszarze VII** | **Słabe strony ucznia w obszarze VII** |
|  |  |
| **Źródła wiedzy:****-** Arkusz Obserwacji Ucznia - Wywiad- badanie specjalistyczne (jakie?) - Inne (jakie?)........................................................................... |

|  |
| --- |
| **Obszar VIII. Życie w społeczności lokalnej** |
| **Mocne strony ucznia w obszarze VIII** | **Słabe strony ucznia w obszarze VIII** |
|  |  |
| **Źródła wiedzy:****-** Arkusz Obserwacji Ucznia - Wywiad- badanie specjalistyczne (jakie?) - Inne (jakie?)........................................................................... |

Czy u ucznia stwierdza się potrzebę wsparcia edukacyjno-specjalistycznego? ¨ TAK ¨ NIE

Jeśli TAK, proszę zaznaczyć, w jakich obszarach:

¨ Obszar I. Uczenie się i stosowanie wiedzy

¨ Obszar II. Ogólne zadania i obowiązki

¨ Obszar III. Porozumiewanie się

¨ Obszar IV. Poruszanie się – w tym mobilność i aktywność manualna

¨ Obszar V. Dbanie o siebie, samoobsługa i samodzielność

- Obszar VI. Życie domowe

- Obszar VII. Wzajemne kontakty i związki międzyludzki

- Obszar VIII. Edukacja szkolna – pełnienie roli ucznia

- Obszar IX. Życie w społeczności lokalnej

Część 2: Plan wsparcia edukacyjno-specjalistycznego

**Cele wsparcia edukacyjno-specjalistycznego:**

**Rekomendowane działania i zakresy odpowiedzialności:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Działanie | Osoba odpowiedzialna,Miejsce wsparcia (np. Szkoła/ SCWEW/ PP-P/Ośrodki Specjalistyczne) | Okres realizacji (od-do) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Rekomendacja do pogłębionej oceny funkcjonalnej w poradni Psychologiczno-Pedagogicznej

TAK – NIE

Podpis koordynatora: