**Wielospecjalistyczna ocena poziomu funkcjonowania ucznia (WOPFU)**

Zgodnie z:

* Ustawą z 14 grudnia 2016 . Prawo Oświatowe (Dz.U. 2020 poz.910)
* Rozporządzeniem MEN z dnia 9 sierpnia 2017 w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnej, niedostosowanych społecznie i zagrożonych niedostosowaniem społecznym (Dz.U.2020 poz.1309)
* Rozporządzeniem MEN z dnia 9 sierpnia 2017 w sprawie udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (DZ.U. 2020 poz.1280)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko ucznia** |  | **Rok urodzenia** |  |
| **Dane szkoły/placówki** | Zespół Szkół Technicznych Centrum Kształcenia Zawodowego w Rusocinie | **klasa/grupa wychowawcza** |  |
| **Data sporządzenia wielospecjalistycznej oceny funkcjonowania ucznia** |  |
| **Źródło informacji** | **Analiza funkcjonowania** |
| **Analiza orzeczenia** |  |
| **Pomoc potrzebna uczniowi w zakresie doradztwa edukacyjno-zawodowego**  |  |
| **PODSUMOWANIE OCENY FUNKCJONOWANIA UCZNIA** |
| **Mocne strony ucznia, predyspozycje, zainteresowania i uzdolnienia** |  |  |
| **Przyczyny niepowodzeń edukacyjnych lub trudności w funkcjonowaniu ucznia, w tym bariery i ograniczenia utrudniające funkcjonowanie i uczestnictwo ucznia w życiu szkolnym.** |  |  |
| **Indywidualne potrzeby rozwojowe i edukacyjne** **(umiejętności, pamięć, myślenie, czytanie, liczenie, pisanie, wyniki w nauce, funkcjonowanie emocjonalne, kontakty z rówieśnikami).** |  |  |
| **Zakres wsparcia ze strony nauczycieli specjalistów** |
|  |

Podpisy uczestników zespołu nauczycieli i specjalistów:

| Nr  | Imię i nazwisko  | Przedmiot  | Podpis |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
| 5. |  |  |  |
| 6. |  |  |  |
| 7. |  |  |  |
| 8. |  |  |  |
| 9. |  |  |  |
| 10. |  |  |  |
| 11. |  |  |  |
| 12. |  |  |  |
| 13. |  |  |  |
| 14. |  |  |  |
| 15. |  |  |  |
| 16. |  |  |  |
| 17. |  |  |  |
| 18. |  | Rewalidacja |  |
| 19. |  | Pedagog |  |
| 20. |  | Psycholog |  |

 ……..……………………………

 *Podpis dyrektora*

Potwierdzam zapoznanie się z dokumentem i otrzymanie kopii WOPFU.

Data …………………..… ..…….…………………………… … *Podpis rodzica/opiekuna*