

Opinia o funkcjonowaniu dziecka
(dotyczy wczesnego wspomagania rozwoju / kształcenia specjalnego /
zajęć rewalidacyjno-wychowawczych)

Imię i nazwisko dziecka:

Data i miejsce urodzenia:

Nazwa i adres placówki, do której uczęszcza dziecko:

.....

Grupa:

1. Opis funkcjonowania dziecka, jego aktywności i uczestniczenia, z uwzględnieniem trudności oraz mocnych stron i uzdolnień, w następujących obszarach¹:

– uczenie się i stosowanie wiedzy (np. koncentracja uwagi, pamięć, tempo pracy, rozumienie poleceń, strategie uczenia się, wykorzystanie wiedzy w praktyce):

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

– zachowania społeczne we wzajemnych kontaktach - przystosowanie społeczne i emocjonalne (np. relacje z rówieśnikami i dorosłymi, przestrzeganie norm, radzenie sobie z emocjami):

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

– porozumiewanie się (np. rozumienie mowy, wypowiedzi ustne, komunikacja alternatywna, inicjowanie kontaktu):

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

– aktywność ruchowa – poruszanie się (np. sprawność ruchowa, koordynacja, grafomotoryka, samodzielność w przemieszczaniu się):

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

– dbanie o siebie (np. higiena osobista, jedzenie, ubieranie się, korzystanie z toalety, organizacja rzeczy osobistych, dbanie o zdrowie i bezpieczeństwo, samodzielność w codziennych czynnościach, zgłaszanie potrzeb, nawyki prozdrowotne):

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

¹ zgodnie z obszarami ujętymi w Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF), adekwatnie do wieku i poziomu rozwoju psychofizycznego

[illegible][illegible][illegible][illegible]

6. Wnioski dotyczące dalszej pracy z dzieckiem mające na celu poprawę jego funkcjonowania:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

7. Dodatkowe informacje i spostrzeżenia o dziecku:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Sosnowiec, dn.

.....
Podpis nauczyciela / wychowawcy / opiekuna

.....
Podpis Dyrektora