***Załącznik 5 – ewaluacja udzielanej pomocy psychologiczno-pedagogicznej***

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa zajęć specjalistycznych:** |  |
| terapia pedagogiczna/zajęcia korekcyjno-kompensacyjne/terapia logopedyczna/zajęcia wyrównawcze z …../ zajęcia rozwijające kompetencje społeczno-emocjonalne/zajęcia z języka polskiego dla ucznia cudzoziemca lub powracającego z zagranicy/ konsultacje psychologiczne/ terapia integracji sensorycznej/ warsztaty z umiejętności uczenia się/inne……………… | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nauczyciel prowadzący** |  | | |
| **Imię i nazwisko ucznia** |  | **Klasa:** | **Posiada opinię poradni tak/nie** |

1. **Jakie cele terapii zostały osiągnięte? (jakie umiejętności uczeń poprawił, rozwinął, jaką wiedzę opanował, w jakim stopniu)**

|  |
| --- |
|  |

1. **Frekwencja:** (procentowa lub obecność/ilość spotkań):………………………………………………………………
2. **Wnioski do dalszej pracy w II półroczu/ w przyszłym roku: (Przykłady: nad czym należy dalej pracować, czy terapia powinna być nadal kontynuowana/zakończona/czy forma pomocy powinna być zmieniona?)**

|  |
| --- |
|  |

…………………………………....................................

Data i czytelny podpis nauczyciela terapeuty