|  |  |
| --- | --- |
| **Υπ. Επικοινωνίας με ΚΕ.Δ.Α.Σ.Υ:** |  |
| **Τηλέφωνο:** |  |
| **E-mail:** |  |

**ΒΡΑΧΥΧΡΟΝΙΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΜΑΘΗΤΗ/ΤΡΙΑΣ**

**Α. ΑΡΧΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ – ΣΥΝΤΑΞΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ**

|  |
| --- |
| **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΜΑΘΗΤΗ/ΤΡΙΑΣ** |
| **Ονοματεπώνυμο:** |  |
| **Όνομα πατέρα:** |  | **Όνομα μητέρας:** |  |
| **Τηλέφωνα οικογένειας:** |  |  |  |
| **Τάξη:** |  | **Προηγούμενα σχολικά****πλαίσια** |  |
| **Ημερ. γέννησης:** |  |
| **Διεύθυνση κατοικίας:** |  |
| **Υπεύθυνος/η****τάξης:** |  | **Γνωμάτευση:**(φορέας και διάγνωσηαν υπάρχει) |  |

|  |
| --- |
| **1. ΒΑΣΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ & ΔΙΑΤΥΠΩΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ** |
| **1.1. Χρόνος εφαρμογής προγράμματος:** | **Από ……./……./…………. έως ……./……./………….** |
| **1.2.Η παρέμβαση για τι είδους ανάγκη / δυσκολία εφαρμόζεται;**(βάλτε Χ στην αντίστοιχη θέση) |

Για εκπαιδευτική

ανάγκη

|  |
| --- |
|  |

Για ψυχοκοινωνική

ανάγκη

Και για τα δύο

|  |
| --- |
| **1.3.Προσδιορίστε με μεγαλύτερη σαφήνεια το είδος της ανάγκης / δυσκολίας:**(π.χ. δυσκολεύεται στη γλώσσα και ιδιαίτερα στη γραφή και την ορθογραφία ή δυσκολεύεται στη συ- νεργασία με τους συμμαθητές του ή στη συγκέντρωση της προσοχής του σε μία δραστηριότητα κ.ο.κ.) |
|  |
| **2.4. Σχολικό ιστορικό:**(αναφέρονται στοιχεία όπως η σχολική πρόοδος από το νηπιαγωγείο, η συχνότητα φοίτησης, η έναρξη και η περιγραφή των δυσκολιών, οι προηγούμενες προσπάθειες αντιμετώπισης των δυσκολιών ή παρεμβά- σεις ή άλλα προγράμματα που εφαρμόστηκαν, κλπ) |
|  |
| **2.5. Ιατρικό και κοινωνικό ιστορικό:**Στοιχεία που αφορούν τους άξονες και την έκβαση του προγράμματος |
|  |
| **2.6. Ψυχολογικό και εκπαιδευτικό προφίλ:**(π.χ. μαθησιακό στυλ, ενδιαφέροντα, προτιμήσεις, ιδιαίτερες δεξιότητες, κ.ο.κ) |
|  |

|  |
| --- |
| **2.ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΤΡΙΜΗΝΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ** |
| **ΤΟΜΕΑΣ:** | ΜΑΚΡΟΠΡΟΘΕΣΜΟΣ ΣΤΟΧΟΣ:Το πρόγραμμα εστιάζει στις δυσκολίες του/της μαθητή/τριας και στην υποστήριξη ανάπτυξης των δεξιοτήτων του. |
| **ΒΑΣΙΚΗ ΔΥΣΚΟΛΙΑ:***Π.χ. Δυσκολίες στο γραπτό λόγο* |
| **α/α** | **Βραχυπρόθεσμοι στό- χοι** | **Τόπος εφαρμογής** | **Ενέργειες και δραστηριότητες υποστήριξης** |
| (Βάσει των αντίστοιχων ΟΔΗΓΙΩΝ για τη δημιουργία του βραχυχρόνιου προγράμματος στο …….., αντίστοιχα ή/και άλλο υλικό). Παρακάτω δίνεται ενδεικτικό παράδειγμα εξατομίκευσης στόχου |
| 1 | Π.χ. για μαθητή που δυ- σκολεύεται στο γραπτό λόγο 1ος στόχος θα μπο- ρούσε να είναι:- Να μπορεί να αφηγεί- ται προφορικά και γρα- πτά μια αληθινή ή φα- νταστική ιστορία | **Στην τάξη** | * Ενθαρρύνεται η ενεργή συμμετοχή του/ της σε ατομικές, συ- νεργατικές και ομαδικές δραστηριότητες αναφορικά με την πα- ραγωγή γραπτού λόγου, με διαφοροποιημένο υλικό όπου απαι- τείται (ανάπτυξη παραγράφου με συγκεκριμένη δομή: θεματική πρόταση, λεπτομέρειες, κατακλείδα)
* Ανάπτυξη θέματος με συγκεκριμένη δομή: πρόλογος, κυρίως μέρος, επίλογος
* Ενθαρρύνεται να γράψει μια φανταστική ιστορία, με υποβοή- θηση, όπου απαιτείται (δικές του λέξεις – κλειδιά, εναύσματα κ.ο.κ.)
 |
| **Στο Τμήμα Ένταξης** | * Με βάση σειρά εικόνων, υποβοηθείται να παραγάγει προφο- ρικά μια σύντομη ιστορία και στη συνέχεια, να τη διατυπώνει ορθά μορφοσυντακτικά σε γραπτή απόδοση.
* Στη συνέχεια με λέξεις – κλειδιά υποβοηθείται να εμπλουτί- σει την προφορική ή γραπτή ιστορία.

Προτεινόμενο υλικό:[*http://www.diapolis.auth.gr/diapolis\_files/drasi9/index/50.3.pdf*](http://www.diapolis.auth.gr/diapolis_files/drasi9/index/50.3.pdf) |
| **Στο σπίτι** | *- Αναδιηγείται σε συγγενικό πρόσωπο την ιστορία που δημιούρ- γησε στο σχολείο. Ακούει (ή και διαβάζει ταυτόχρονα) ιστορία- ες από το* [*http://www.mikrosanagnostis.gr/istoria.asp)*](http://www.mikrosanagnostis.gr/istoria.asp%29) |
| 2 |  | **Στην τάξη** |  |
| **Στο Τ.Ε.** |  |
| **Στο σπίτι** |  |
| 3 |  | **Στην τάξη** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Στο Τ.Ε.** |  |
| **Στο σπίτι** |  |
| 4 |  | **Στην τάξη** |  |
| **Στο Τ.Ε.** |  |
| **Στο σπίτι** |  |
| … | ………….. | ……… | Προσθέστε γραμμές για άλλους στόχους, αν χρειάζεται. |

|  |
| --- |
| **4. ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΜΑΘΗΤΗ/ΤΡΙΑΣ ΣΕ ΑΛΛΑ ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ** (εντός ή εκτός σχολείου) |
| **4.1. Συμμετέχει ο/η μαθητής/τρια σε άλλο πρόγραμμα εκπαιδευτικής ή****ψυχοκοινωνικής υποστήριξης εντός ή εκτός σχολείου; Αν ναι, προσδιορίστε:** | **Εντός σχολείου** | **Εκτός σχολείου** |
|  |  |

|  |
| --- |
| **5. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΠΡΟΟΔΟΥ ΤΟΥ ΜΑΘΗΤΗ – ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΡΙΜΗΝΩΝ/ΤΕΤΡΑΜΗΝΩΝ** |
| **Αποτελέσματα αξιολόγησης του μαθητής/τριας στις γραπτές δοκιμασίες (διαγωνίσματα – εξετάσεις προόδου) της τάξης (προσθέστε μαθήματα αν θέλετε )** |
|  | **γλώσσα** | **μαθηματικά** |
| **Χωρίς καμιά διαφοροποίηση** |  |  |
| **Με διαφοροποίηση των κριτηρίων** |  |  |
| **Βάσει ατομικών στόχων** |  |  |

|  |
| --- |
| **6. ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΟΣ ΧΡΟΝΟΣ ΤΗΣ ΕΔΥ**  |
| **Ειδικότητα: παρεχόμενη υπηρεσία** | **Διδ. ώρες ανά εβδομάδα** | **Συνολικός χρόνος** |
| Εκπαιδευτικός Ειδικής Αγωγής: |  |  |
| Κοινωνικός Λειτουργός: |  |  |
| Ψυχολόγος: |  |  |

|  |
| --- |
| **7. ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ ΣΤΗ ΣΥΝΤΑΞΗ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ** |
| **Ονοματεπώνυμο** | **Ειδικότητα – Ιδιότητα**(τροποποιήστε κατά περίπτωση) | **Υπογραφή** |
|  | Εκπαιδευτικός ΕΑΕ |  |
|  | Κοινωνικός Λειτουργός |  |
|  | Ψυχολόγος |  |
| ………………………….. | …….. |  |
|  | Γονέας - κηδεμόνας |  |

(υπογραφή – σφραγίδα)

**Ο/Η Διευθυντής/ντριας του Σχολείου**

(υπογραφή γονέα/κηδεμόνα)

**Έλαβα γνώση**

Ημερομηνία ……../……./..............

**Ο Γονέας - Κηδεμόνας**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Β. ΔΙΑΜΟΡΦΩΤΙΚΗ (ΕΝΔΙΑΜΕΣΗ) ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ** |  |
| **1.Ημερομηνία διαμορφωτικής (ενδιάμεσης) αξιολόγησης:** | **……./……./……….** |  |
| **1.1. Πώς αξιολογείτε τη μέχρι τώρα εφαρμογή του προγράμματος;**(περιγραφή της μέχρι τώρα πορείας του μαθητή με βάση τους στόχους που έχουν τεθεί και τις ενέρ- γειες και δραστηριότητες υποστήριξης) |  |
|  |  |
| 2.ΑΝΑΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΣΤΟΧΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΤΡΙΜΗΝΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ (όπου απαιτείται) (πιθανέςτροποποιήσεις σε διδακτικές τεχνικές ή μέσα διδασκαλίας) |  |
| **Ατομικοί Στόχοι** (επαναδιατυπώστε ό- σους στόχους του αρχι- κού προγράμματος κρί- νετε απαραίτητο) | **Ενέργειες και δραστηριότητες υποστήριξης**(επαναδιατυπώστε όσες ενέργειες και δραστηριότητες του αρχικού προγράμ- ματος κρίνετε απαραίτητο) |
|  | **Στην τάξη** |  |
| **Στο Τ.Ε.** |  |
| **Στο σπίτι** |  |
|  | **Στην τάξη** |  |
| **Στο Τ.Ε.** |  |
| **Στο σπίτι** |  |
|  | **Στην τάξη** |  |
| **Στο Τ.Ε.** |  |
| **Στο σπίτι** |  |
| … |  | … Προσθέστε γραμμές, αν χρειάζεται |

**Γ. ΤΕΛΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ**

|  |
| --- |
|  |
| 1. **ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ** |
|  |
| **1.1.Ημερομηνία τελικής αξιολόγησης:** | **……./……./……….** |
| **1.2.Πώς αξιολογείτε τη συνολική εφαρμογή του προγράμματος; Πέτυχε το σκοπό του;** |

# Δεν πέτυχε

το σκοπό του

# Εν μέρει πέτυχε

το σκοπό του

# Πέτυχε απόλυτα

το σκοπό του

|  |
| --- |
| **1.3.Περιγράψτε λεπτομερώς την πορεία του/της μαθητή/τριας – τα αποτελέσματα του προγράμμα- τος** (με βάση τους στόχους και τις ενέργειες και δραστηριότητες υποστήριξης που υλοποιήθηκαν): |
|  |
| **1.4.Με βάση τα παραπάνω αποτελέσματα, προτείνετε ότι είναι απαραίτητη η αξιολόγηση του/της μαθητή/τριας από το ΚΕ.Δ.Α.Σ.Υ.;** |

**Ναι**, είναι απαραίτητη

**Όχι**, δεν είναι πλέον απαραίτητη

**1.5. Αν προτείνετε αξιολόγηση από το ΚΕ.Δ.Α.Σ.Υ., για ποια ανάγκη/δυσκολία προτείνετε να**

**αξιολογηθεί; (**βάλτε Χ στην αντίστοιχη θέση)

|  |
| --- |
|  |

Για εκπαιδευτική

ανάγκη

Για ψυχοκοινωνική

ανάγκη

Και για τα δύο

|  |
| --- |
| **1.6. Προσδιορίστε με μεγαλύτερη σαφήνεια το είδος της ανάγκης / δυσκολίας:**(π.χ. δυσκολεύεται στη γλώσσα και ιδιαίτερα στη γραφή και την ορθογραφία ή δυσκολεύεται στη συνεργασία με τους συμμαθητές του ή στη συγκέντρωση της προσοχής του σε μία δραστηριότητα κ.ο.κ.) |
|  |
| **1.7.Προτάσεις για τη συνέχεια:**(Διατυπώστε συγκεκριμένες προτάσεις για τη συνέχιση ή μη της υποστήριξης του/της μαθητή/τριας) |
|  |
| **2. ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ ΣΤΗΝ ΤΕΛΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ** |
| **Ονοματεπώνυμο** | **Ειδικότητα – Ιδιότητα**(τροποποιήστε κατά | **Συνολικός χρόνος που διατέθηκε στο** | **Υπογραφή** |
|  | περίπτωση) | **πρόγραμμα**(σε διδ. ώρες) |  |
|  | Εκπαιδευτικός ΕΑΕ |  |  |
|  | Κοινωνικός Λειτουργός |  |  |
|  | Ψυχολόγος |  |  |
|  | …….. |  |  |
|  | Γονέας - κηδεμόνας |  |  |
| Συνολικός αριθμός συσκέψεων της ΕΔΥ για το υποστηρικτικό πρόγραμμα του/της μαθήτριας |  |

(υπογραφή Δ/ντή-ντριας σχολείου – σφραγίδα)

**Ο/Η Δ/ΝΤΗΣ/ΝΤΡΙΑ ΤΟΥ ΣΧΟΛΕΙΟΥ**

(υπογραφή γονέα/κηδεμόνα)

**Έλαβα γνώση**

Ημερομηνία ……../……./..............

**Ο Γονέας - Κηδεμόνας**