|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Υπεύθυνος επικοινωνίας με το ΚΕ.Δ.Α.Σ.Υ.: |  | Σχεδιασμός από Ε.Δ.Υ. ⬜  Σχεδιασμός από Ο.Ε.Υ. ⬜ |
| Τηλέφωνο επικοινωνίας: |  |
| E-mail επικοινωνίας: |  |

|  |
| --- |
| **ΒΡΑΧΥΧΡΟΝΙΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΜΑΘΗΤΗ/ΤΡΙΑΣ** |

|  |
| --- |
| **Α. ΑΡΧΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ – ΣΥΝΤΑΞΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ** |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **ΒΑΣΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ & ΔΙΑΤΥΠΩΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ** | | | |
| 1. **Χρόνος εφαρμογής προγράμματος:** | | Από ……./……./…………. έως ……./……./…………. | |
| 1. **Η παρέμβαση για τι είδους ανάγκη / δυσκολία εφαρμόζεται;**   (βάλτε Χ στην αντίστοιχη θέση) | | | |
| Για εκπαιδευτική ανάγκη: ⬜ | Για ψυχοκοινωνική ανάγκη: ⬜ | | Και για τα δύο: ⬜ |
| 1. **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. **Σχολικό ιστορικό:**   (σχολική πρόοδος, η συχνότητα φοίτησης, η έναρξη και η περιγραφή των δυσκολιών, οι προηγούμενες προσπάθειες αντιμετώπισης των δυσκολιών, παρεμβάσεις, άλλα προγράμματα που εφαρμόστηκαν κλπ) | | | |
|  | | | |
| 1. **Ιατρικό και κοινωνικό ιστορικό:**   Στοιχεία που αφορούν τους άξονες και την έκβαση του προγράμματος | | | |
|  | | | |
| 1. **Ψυχολογικό και εκπαιδευτικό προφίλ:**   (π.χ. μαθησιακό στυλ, ενδιαφέροντα, προτιμήσεις, ιδιαίτερες δεξιότητες, κ.ο.κ) | | | |
|  | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ *ΤΡΙΜΗΝΗΣ* ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ** | | | |
| **ΤΟΜΕΑΣ:**  *(π.χ. γραπτός λόγος)* | | **ΜΑΚΡΟΠΡΟΘΕΣΜΟΣ ΣΤΟΧΟΣ** | |
| **ΒΑΣΙΚΗ ΔΥΣΚΟΛΙΑ:**  *(π.χ. δυσανάγνωστη γραφή)* | |
| **α/α** | **Βραχυπρόθεσμοι στόχοι** | **Τόπος εφαρμογής** | **Ενέργειες υποστήριξης** |
| 1 |  | Στην τάξη |  |
| Στο τμήμα ένταξης |  |
| Στο σπίτι |  |
| Σε άλλο σχολικό χώρο |  |
| **2** |  | Στην τάξη |  |
| Στο τμήμα ένταξης |  |
| Στο σπίτι |  |
| Σε άλλο σχολικό χώρο |  |
| **3** |  | Στην τάξη |  |
|  | Στο τμήμα ένταξης |  |
|  | Στο σπίτι |  |
|  | Σε άλλο σχολικό χώρο |  |
| **….** | **…….** | ……. | Προσθέστε γραμμές για άλλους στόχους, αν χρειάζεται. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ *ΤΡΙΜΗΝΗΣ* ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ** | | |
| Συμμετέχει ο/η μαθητής/τρια σε άλλο πρόγραμμα εκπαιδευτικής ή ψυχοκοινωνικής υποστήριξης εντός ή έκτος σχολείου; Προσδιορίστε: | **Εντός σχολείου** | **Εκτός σχολείου** |
|  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΠΡΟΟΔΟΥ ΤΟΥ ΜΑΘΗΤΗ – ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΡΙΜΗΝΩΝ/ΤΕΤΡΑΜΗΝΩΝ** | | | |
| Αποτελέσματα αξιολόγησης του μαθητής/τριας στις γραπτές δοκιμασίες (διαγωνίσματα – εξετάσεις προόδου) της τάξης (προσθέστε όσα μαθήματα θέλετε ) | | | |
| **Χωρίς διαφοροποίηση** | **Χωρίς διαφοροποίηση** | **Χωρίς διαφοροποίηση** | Βάσει ατομικών στόχων |
| **……………………………………………………** |  |  |  |
| **……………………………………………………** |  |  |  |
| **……………………………………………………** |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΟΣ ΧΡΟΝΟΣ ΤΗΣ ΕΔΕΑΥ /ΟΜΑΔΑΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΣΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ** | | |
| **Ειδικότητα: παρεχόμενη υπηρεσία** | **Διδ. ώρες ανά εβδομάδα** | **Συνολικός χρόνος** |
| Εκπαιδευτικός Ειδικής Αγωγής: |  |  |
| Κοινωνικός Λειτουργός: |  |  |
| Ψυχολόγος: |  |  |
| ……………………. |  |  |
| …………………….. |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ ΣΤΗ ΣΥΝΤΑΞΗ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ** | | |
| **Ονοματεπώνυμο** | **Ειδικότητα – Ιδιότητα**  (τροποποιήστε κατά περίπτωση) | **Υπογραφή** |
|  | Εκπαιδευτικός ΕΑΕ |  |
|  | Κοινωνικός Λειτουργός |  |
|  | Ψυχολόγος |  |
| …………………. | …………………………. |  |
|  | Γονέας - κηδεμόνας |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Έλαβα γνώση**  Ημερομηνία ……../……./..............  **Ο Γονέας - Κηδεμόνας**  (υπογραφή γονέα/κηδεμόνα) | **Ο/Η Διευθυντής/ντριας του Σχολείου**  (υπογραφή – σφραγίδα) |

|  |
| --- |
| **Β. ΔΙΑΜΟΡΦΩΤΙΚΗ (ΕΝΔΙΑΜΕΣΗ) ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ** | | | | |
| Ημ/νία διαμορφωτικής/ενδιάμεσης αξιολόγησης: | | |  | |
| **Πώς αξιολογείτε τη μέχρι τώρα εφαρμογή του προγράμματος;**  (περιγραφή της μέχρι τώρα πορείας του μαθητή με βάση τους στόχους που έχουν τεθεί και τις ενέργειες και δραστηριότητες υποστήριξης) | | | | |
| 1. **ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ** | | | | |
| **α/α** | **Βραχυπρόθεσμοι στόχοι**  (επαναδιατυπώστε όσους στόχους του αρχικού προγράμματος κρίνετε απαραίτητο) | **Τόπος εφαρμογής** | | **Ενέργειες υποστήριξης**  (επαναδιατυπώστε όσες ενέργειες και δραστηριότητες του αρχικού προγράμματος κρίνετε απαραίτητο) |
| 1 |  | Στην τάξη | |  |
| Στο τμήμα ένταξης | |  |
| Στο σπίτι | |  |
| Σε άλλο σχολικό χώρο | |  |
| 2 |  | Στην τάξη | |  |
| Στο τμήμα ένταξης | |  |
| Στο σπίτι | |  |
| Σε άλλο σχολικό χώρο | |  |

Προσθέστε γραμμές, εάν χρειάζεται

|  |
| --- |
| **Γ. ΤΕΛΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **ΒΑΣΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ** | | | |
| **Ημ/νία τελικής αξιολόγησης:** | | ……./……./…………. | |
| 1. **Πως αξιολογείτε τη συνολική εφαρμογή του προγράμματος; Πέτυχε το σκοπό του;** | | | |
| **Δεν πέτυχε** το σκοπό του ⬜ | **Πέτυχε** **εν μέρει** το σκοπό του : ⬜ | | **Πέτυχε απόλυτα** το σκοπό του: ⬜ |
| 1. **Περιγράψτε λεπτομερώς την πορεία του/της μαθητή/τριας – τα αποτελέσματα του προγράμματος**   *(με βάση τους στόχους και τις ενέργειες και δραστηριότητες υποστήριξης που υλοποιήθηκαν):* | | | |
|  | | | |
| 1. **Με βάση τα παραπάνω αποτελέσματα, προτείνετε ότι είναι απαραίτητη η αξιολόγηση του/της μαθη-τή/τριας από το Κ.Ε.Σ.Υ.;** | | | |
| **Ναι**, είναι απαραίτητη ⬜ | **Όχι,** δεν είναι απαραίτητη ⬜ | |  |
| 1. **Αν προτείνετε αξιολόγηση από το Κ.Ε.Σ.Υ., για ποια ανάγκη/δυσκολία προτείνετε να αξιολογηθεί;** | | | |
| Για εκπαιδευτική ανάγκη ⬜ | Για ψυχοκοινωνική ανάγκη ⬜ | | Και για τα δύο ⬜ |
| 1. **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. **Πως διατίθεστε να συνεχίσετε ή μη την υποστήριξη του/της μαθητή/τριας;** | | | |
|  | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ ΣΤΗΝ ΤΕΛΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ** | | | |
| **Ονοματεπώνυμο** | **Ειδικότητα – Ιδιότητα**  *(τροποποιήστε κατά περίπτωση)* | **Συνολικός χρόνος που διατέθηκε στο πρόγραμμα**  (σε διδ. ώρες) | **Υπογραφή** |
|  | Εκπαιδευτικός ΕΑΕ |  |  |
|  | Κοινωνικός Λειτουργός |  |  |
|  | Ψυχολόγος |  |  |
| …………………. | …………………………. |  |  |
|  | Γονέας - κηδεμόνας |  |  |
| Συνολικός αριθμός συσκέψεων της ΕΔΥ / Ομάδας Εκπαιδευτικής Υποστήριξης Μαθητών για το υποστηρικτικό πρόγραμμα του/της μαθήτριας | | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Έλαβα γνώση**  Ημερομηνία ……../……./..............  **Ο Γονέας - Κηδεμόνας**  (υπογραφή γονέα/κηδεμόνα) | **Ο/Η Διευθυντής/ντριας του Σχολείου**  (υπογραφή – σφραγίδα) |