# Individuel handleplan for ordblinde

*Handleplanen indeholder personoplysninger, og skal opbevares som fortroligt elevmateriale*

Opstartsskema *(skal kun udfyldes ved opstart -eller genoptagelse)*

|  |  |
| --- | --- |
| Skole |  |
| Elevens navn |  |
| Elevens CPR-nummer |  |
| Klassetrin for opstart |  |
| Handleplan oprettet af |  |
| Ansvarlig for handleplanen(Husk at skrive nyt navn på ved skift) |  |
| Baggrund for opstart af handleplan |  |

**Historik forud for ordblindetestning:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dato** | **Varighed**  | **Indsatser** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

*Handleplanen skal følges op på møder med elevens forældre, lærere og andre relevante samarbejdspartnere. Hvis det på et opfølgningsmøde bliver besluttet at en særlig opmærksomhed og indsats ikke længere er nødvendig, noteres det.*

Ordblindetestning

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Dato: | Test der er anvendt: | Resultat: | Testet af: | Eksamen på særlige vilkår |
|  |  |  |  |  |

# **Særlige indsatser og status**

Særlige indsatser der iværksættes efter ordblindetestning

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Dato for opstart af særlig indsats** | **Omfang af indsatsen** | **Varigheden af indsatsen** | **Indhold** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Status på læsning, skrivning og stavning

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Dato**  | **Egen læsning** | **Skrivning**  | **Stavning** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Status på kompenserende IT

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dato** | **Hvilke Læse-Skrive-Teknologier (LST) har der været fokus på i den foregående periode?** | **Er LST-strategierne blevet en naturlig del af elevens arbejde i dagligdagen?** | **Hvilke LST skal der sættes fokus på i den kommende periode?** | **Noter:****Er der behov for mere fokus på at lære teknologien (virker det?)****Er der behov for støtte til motivationen til at bruge denne LST****Er der behov for bredere fokus blandt faglærere for at få det inddraget?** |
|  |  | **JA** | **NEJ** |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

# **Denne side kopieres og der udfyldes én pr. opsamlende statusmøde**

Statusmøde dato:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| **Deltagere** | **Opsummering af aftaler og mål for den kommende periode** |
|  |  |

|  |
| --- |
| **Elevens perspektiv** |
| **Vælg på en skala fra 1-5 hvor:** |
| 1= Super-dårligt | 2 = Dårligt | 3 = Ok | 4 = Godt | 5 = Super-godt |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Hvordan er det at være dig lige nu? |  |  |  |  |  |
| Føler du, at du er blevet bedre til at læse siden sidst? |  |  |  |  |  |
| Føler du, at du er blevet bedre til at skrive og stave siden sidst? |  |  |  |  |  |
| Hvor tit bruger du læseteknologi? |  |  |  |  |  |
| Hvor tit bruger du skrive-hjælp (AppWriter) |  |  |  |  |  |
| Hvordan er din motivation? |  |  |  |  |  |
| Andre kommentarer *(For eksempel: Hvad er bedst ved skolen? Hvad er sværest i skolen? Hvad vil du gerne blive bedre til indtil næste møde? Hvad har hjulpet dig mest med at blive bedre? Eller andet…)* |  |

|  |
| --- |
| **Forældrenes perspektiv** |
| I hvor høj grad oplever I, at jeres barn bliver påvirket af sine læse-skrive-vanskeligheder?Hvordan er jeres muligheder for at støtte op om jeres barns læse-skrive-vanskeligheder?Hvad fungerer godt på skolen?Hvad fungerer godt derhjemme?Hvad oplever I udfordrer mest?Hvad tænker I kan hjælpe jeres barn bedst? |  |

|  |
| --- |
| **Lærernes perspektiv** |
| Hvad fungerer godt?Hvad oplever I udfordrer? |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Hvem gør hvad til næste gang?** |  |
| * Læsevejleder
* Klasselærer
* Øvrige lærere
* Forældre
* Elev
 |  |
| **Dato for næste møde** |  |