**INDYWIDUALNY PROGRAM EDUKACYJNO-TERAPEUTYCZNY (IPET)**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **METRYCZKA:** | |
| Imię i nazwisko ucznia |  |
| Rok urodzenia ucznia |  |
| Podstawa założenia IPET – nr i data wydania orzeczenia |  |
| Rozpoznanie wynikające z orzeczenia |  |
| Nazwa szkoły |  |
| Oznaczenie etapu edukacyjnego |  |
| Oznaczenie klasy |  |
| 1. **CELE PROGRAMU** | |
| 1. Cele edukacyjne |  |
| 1. Cele terapeutyczne |  |
| 1. **ZINTEGROWANE DZIAŁANIA NAUCZYCIELI I SPECJALISTÓW PRACUJĄCYCH Z UCZNIEM W CELU POPRAWY FUNKCJONOWANIA UCZNIA I WZMACNIANIU JEGO UCZESTNICTWA W ZYCIU SZKOŁY:** | |
| 1. nauczyciele pracujący z uczniem |  |
| 1. Działania o charakterze socjoterapeutycznym/   terapeutycznym |  |
| 1. Działania o charakterze rewalidacyjnym |  |
| 1. Psycholog |  |
| 1. Logopeda |  |
| 1. **ZAKRES I SPOSÓB DOSTOSOWAŃ WYMAGAŃ EDUKACYJNYCH DO INDYWIDUALNYCH POTRZEB ROZWOJOWYCH I EDUAKCYJNCYCH ORAZ MOZLIWOŚCI PSYCHOFIZYCZNYCH UCZNIA**   **Ogólne:**  **Szczegółowe:** załączniki Nr | |
| 1. **Formy pracy**   **Metody pracy** |  |
| 1. **RODZAJ I SPOSÓB DOSTOSOWANIA WARUNKÓW ORGANIZACJI KSZTAŁCENIA DO RODZAJU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI UCZNIA** | |
| 1. **ZAKRES WSPÓLPRACY NAUCZYCIELI I SPECJALISTÓW Z RODZICAMI DZIECKA W REALIZACJI PROGRAMU**   Współpraca w zakresie osiągania przez ucznia celów edukacyjno-terapeutycznych:  . | |
| 1. **DZIAŁANIA WSPIERAJĄCE RODZICÓW UCZNIA** | |
| 1. **Formy pomocy udzielane uczniowi – okres udzielania, wymiar godzin** | |  |  |  | | --- | --- | --- | | Formy pomocy psychologiczno-pedagogicznej | Tygodniowy wymiar godzin | Okres udzielania pomocy | | Zajęcia rewalidacyjne |  |  | | Zajęcia socjoterapeutyczne  /terapeutyczne |  |  | | Zajęcia logopedyczne |  |  | | Terapia psychologiczna |  |  | | Zajęcia dydaktyczno - wyrównawcze |  |  | |
| 1. **Zajęcia socjoterapeutyczne /rewalidacyjne/inne1) i sposób ich realizacji** | |
| 1. **Zajęcia związane z wyborem kierunku kształcenia lub z zakresu doradztwa zawodowego1)** | |
| 1. **Wybrane zajęcia edukacyjne, realizowane indywidualnie z uczniem lub w grupie do 5 osób (w zależności od indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych, możliwości psychofizycznych ucznia, wskazanych w orzeczeniu)1)** | |
| 1. **Okresowa ocena efektywności podejmowanych działań** | Przynajmniej dwa razy w roku szkolnym :  - w I semestrze (do końca grudnia)  - do 15 kwietnia |
| 1. **Ewaluacja** | - bieżąca obserwacja ucznia na zajęciach  - wywiad z rodzicami i uczącymi nauczycielami na temat postępów i trudności |

1. *Wypełnia się, gdy dotyczy ucznia*

Podpisy członków zespołu:

Podpis dyrektora

…..……………… …………………………………………

*Data*  *Podpis rodziców*