**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*