**INDYWIDUALNY PROGRAM EDUKACYJNO – TERAPEUTYCZNY**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko ucznia |  | |
| Szkoła (pieczątka) | | Klasa |
| Podstawa opracowania IPET  (nazwa i numer orzeczenia) |  | |

**koordynator(wych. klasy)………………………………………………**..

**Skład zespołu :**

…………………………………………………. ……………………………………….

…………………………………………………. ……………………………………….

…………………………………………………. ……………………………………….

…………………………………………………. ……………………………………….

…………………………………………………. ……………………………………….

…………………………………………………. ……………………………………….

…………………………………………………. ……………………………………….

…………………………………………………. ……………………………………….

…………………………………………………. ……………………………………….

…………………………………………………. ……………………………………….

…………………………………………………. ……………………………………….

…………………………………………………. ……………………………………….

…………………………………………………. ……………………………………….

…………………………………………………. ……………………………………….

…………………………………………………. ……………………………………….

…………………………………………………. ……………………………………….

…………………………………………………. ……………………………………….

…………………………………………………. ……………………………………….

…………………………………………………. ……………………………………….

…………………………………………………..

Imię i nazwisko ucznia

**ZALECANA POMOC PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNA Z UWAGI NA MOŻLIWOŚCI PSYCHOFIZYCZNE UCZNIA ORAZ INDYWIDUALNE POTRZEBY ROZWOJOWE I EDUKACYJNE W ROKU SZKOLNYM ………………………...**

**Cele edukacyjne:**

**Cele terapeutyczne:**

**I . ZAKRES I SPOSÓB DOSTOSOWANIA WYMAGAŃ EDUKACYJNYCH DO INDYWIDUALNYCH POTRZEB ROZWOJOWYCH I EDUKACYJNYCH ORAZ MOŻLIWOŚCI PSYCHOFIZYCZNYCH UCZNIA , W SZCZEGÓLNOŚCI PRZEZ ZASTOSOWANIE ODPOWIEDNICH METOD I FORM PRACY Z UCZNIEM**

**1.Treści edukacyjne**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Przedmiot/osoba prowadząca | Symptomy trudności w nauce przedmiotu | Sposoby dostosowania wymagań edukacyjnych(formy i metody pracy z podziałem na edukacje/przedmioty) |
|  |  |  |

**2. Metody i formy pracy z uczniem**

* …………………………………………………………………………………………………
* …………………………………………………………………………………………………
* …………………………………………………………………………………………………
* …………………………………………………………………………………………………
* …………………………………………………………………………………………………
* …………………………………………………………………………………………………
* …………………………………………………………………………………………………
* …………………………………………………………………………………………………
* …………………………………………………………………………………………………
* …………………………………………………………………………………………………
* …………………………………………………………………………………………………
* …………………………………………………………………………………………………

**II. ZINTEGROWANE DZIAŁANIA NAUCZYCIELI I SPECJALISTÓW PROWADZĄCYCH ZAJĘCIA Z UCZNIEM**

**III. DZIAŁANIA WSPIERAJĄCE RODZICÓW UCZNIA w tym ZAKRES WSPÓŁPRACY NAUCZYCIELI I SPECJALISTÓW Z RODZICAMI UCZNIA**

**IV. RODZAJ I SPOSÓB DOSTOSOWANIA WARUNKÓW ORGANIZACJI KSZTAŁCENIA**

**V. ZAJĘCIA REALIZOWANE INDYWIDUALNIE Z UCZNIEM LUB W GRUPIE (DO 5 OSÓB) W KAŻDYM ROKU SZKOLNYM (FORMY I OKRES UDZIELANIA POMOCY PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNEJ )**

Załącznik nr1/ rok szkolny (KIPU)

**VI. ZAJĘCIA REWALIDACYJNE ODPOWIEDNIE ZE WZGLĘDU NA INDYWIDUALNE POTRZEBY ROZWOJOWE I EDUKACYJNE ORAZ MOŻLIWOŚCI PSYCHOFIZYCZNE UCZNIA, DZIAŁANIA Z ZAKRESU DORADZTWA EDUKACYJNO- ZAWODOWEGO I SPOSÓB REALIZACJI TYCH DZIAŁAŃ**

Załącznik nr2/rok szkolny ( plany pracy i sprawozdania z zajęć ze specjalistami)

Data i podpis rodziców podpis dyrektora

………………………………………… …………………………………….

Podpisy Zespołu opracowującego IPET:

…………………………………………………..

Imię i nazwisko ucznia

**WIELOSPECJALISTYCZNA OCENA POZIOMU FUNKCJONOWANIA UCZNIA**

**1. Mocne strony, predyspozycje, zainteresowania, uzdolnienia**

* **……………………………………………………………………………………………….**
* **……………………………………………………………………………………………….**
* **……………………………………………………………………………………………….**
* **……………………………………………………………………………………………….**
* **……………………………………………………………………………………………….**
* **……………………………………………………………………………………………….**
* **……………………………………………………………………………………………….**
* **……………………………………………………………………………………………….**
* **……………………………………………………………………………………………….**
* **……………………………………………………………………………………………….**
* **……………………………………………………………………………………………….**
* **……………………………………………………………………………………………….**

**2.Przyczyny niepowodzeń edukacyjnych/trudności w funkcjonowaniu ucznia**

|  |  |
| --- | --- |
| **Bariery i ograniczenia utrudniające funkcjonowanie i uczestnictwo ucznia w życiu szkolnym/przedszkolnym** | |
| **Sfera poznawcza**  (uwaga,pamięć, myślenie, spostrzeganie, mowa) |  |
| **Sfera społeczno-emocjonalna**  (w tym samodzielność) |  |
| **Komunikacja/porozumiewanie się** |  |
| **Sfera ruchowa**  (koordynacja ruchowa, motoryka duża,mała) |  |
| **Zmysły i integracja zmysłowa** |  |

**3. Zakres i charakter wsparcia** ( ze strony nauczycieli, specjalistów, pomocy n-la, asystenta, dostosowanie otoczenia, rodzaju pomocy i wsparcia przez inne osoby, dostosowanie wymagań na zajęciach do indywidualnych potrzeb ucznia)

* …………………………………………………………………………………………………
* …………………………………………………………………………………………………
* …………………………………………………………………………………………………
* …………………………………………………………………………………………………
* …………………………………………………………………………………………………
* …………………………………………………………………………………………………
* …………………………………………………………………………………………………
* …………………………………………………………………………………………………
* …………………………………………………………………………………………………
* …………………………………………………………………………………………………
* …………………………………………………………………………………………………

Diagnozy dokonał zespół w składzie

…………………………………………

…………………………………………

…………………………………………

…………………………………………

Data………………………………….