**INDYWIDUALNY PROGRAM EDUKACYJNO-TERAPEUTYCZNY**

Podstawę programu stanowi orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego nr........................... wydane na etap .................................................... w dniu ....................................... przez Poradnię Psychologiczno-Pedagogiczną w ......................................................................................................

1. Dane ucznia:

Imię i nazwisko ...................................................................................................................................................................................................

data i miejsce urodzenia .....................................................................................................................................................................................

klasa .................szkoła ........................................................................................................................................................................................

1. IPET opracowano z uwagi na ............................................................................................................................................................................
2. **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:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Przedmiot** | **Dostosowanie wymagań edukacyjnych** |
| **w zakresie metod i form pracy z uczniem** | **w zakresie sposobów sprawdzania osiągnięć uczniów** | **w zakresie zewnętrznej organizacji nauczania** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **Zintegrowane działania nauczycieli i specjalistów prowadzących zajęcia z uczniem ukierunkowane na poprawę funkcjonowania ucznia w tym – w zależności od potrzeb – na komunikowanie się ucznia z otoczeniem z użyciem wspomagających
i alternatywnych metod komunikacji (AAC), oraz wzmacnianie jego uczestnictwa w życiu szkolnym:**

|  |  |
| --- | --- |
| Działania o charakterze rewalidacyjnym |  |
| Działania o charakterze resocjalizacyjnym |  |
| Działania o charakterze socjoterapeutycznym |  |

1. **Formy i okres udzielania uczniowi pomocy psychologiczno-pedagogicznej oraz wymiar godzin:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Rodzaj zajęć** | **Ustalenia zespołu** | **Decyzja dyrektora** |
| Wymiar godzin | Okres udzielania pomocy | Wymiar godzin | Okres udzielania pomocy | Osoba prowadząca |
| Zajęcia rewalidacyjne |  |  |  |  |  |
| Zajęcia rozwijające uzdolnienia |  |  |  |  |  |
| Zajęcia rozwijające umiejętność uczenia się |  |  |  |  |  |
| Zajęcia dydaktyczno-wyrównawcze |  |  |  |  |  |
| Zajęcia specjalistyczne:* korekcyjno-kompensacyjne,
 |  |  |  |  |  |
| * logopedyczne,
 |  |  |  |  |  |
| * rozwijające kompetencje emocjonalo-społeczne,
 |  |  |  |  |  |
| * inne o charakterze terapeutycznym,
 |  |  |  |  |  |
| Zajęcia z zakresu doradztwa zawodowego |  |  |  |  |  |
| Porady i konsultacje |  |  |  |  |  |
| Warsztaty |  |  |  |  |  |

1. **Działania wspierające rodziców:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Zakres współdziałania** | **Zaproponowana forma udzielania wsparcia (**np. porady, konsultacje, warsztaty, szkolenia, grupa wsparcia) |
| w zależności od potrzeb: z poradniamipsychologiczno-pedagogicznymi, w tym poradniami specjalistycznymi, innymi instytucjami oraz podmiotami działającymi na rzecz rodziny, dzieci i młodzieży | w rozwiązywaniu problemów wychowawczych: |
| w rozwiązywaniu problemów dydaktycznych: |

1. **Zajęcia odpowiadające indywidualnym potrzebom rozwojowym i edukacyjnym oraz możliwościom psychofizycznym ucznia:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Rodzaj zajęć** | **Działania** | **Sposób realizacji** |
| Rewalidacyjne |  |  |
| Resocjalizacyjne |  |  |
| Socjoterapeutyczne |  |  |
| Doradztwo edukacyjno-zawodowe |  |  |
| Inne  |  |  |

1. **Zakres współpracy nauczycieli i specjalistów z rodzicami ucznia w realizacji zaleceń zawartych w orzeczeniu o potrzebie kształcenia specjalnego:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Zadania szkoły** | **Zakres współpracy nauczycieli i specjalistów z rodzicami ucznia w realizacji zadań** |
| Realizacja zaleceń zawartych w orzeczeniu o potrzebie kształcenia specjalnego |  |
| Zapewnienie warunków do nauk (sprzęt specjalistyczny, środki dydaktyczne) |  |
| Zapewnienie zajęć specjalistycznych z zakresu pomocy psychologiczno-pedagogicznej |  |
| Zapewnienie innych zajęć (odpowiednich ze względu na indywidualne potrzeby rozwojowe i edukacyjne oraz możliwości psychofizyczne) w szczególności zajęć rewalidacyjnych |  |
| Integracja ze środowiskiem rówieśniczym, w tym z uczniami pełnosprawnym |  |
| Przygotowanie uczniów do samodzielności w życiu dorosłym |  |

1. **Rodzaj i sposób dostosowania warunków organizacji kształcenia do rodzaju niepełnosprawności ucznia, w tym w zakresie wykorzystywania technologii wspomagających to kształcenie:**

|  |  |
| --- | --- |
| Dostosowania w zakresie zewnętrznej organizacji nauczania (w tym stanowisko pracy) | **Zgodnie z zapisami w punkcie I** |

1. **Zajęcia edukacyjne realizowane indywidualnie z uczniem lub w grupie do 5 osób wynikające z zaleceń zawartych w orzeczeniu o potrzebie kształcenia specjalnego lub wielospecjalistycznych ocen:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Przedmiot** | **Wymiar godzin** | **Nauczyciel** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Żagań, dnia .....................................**

**Podpisy zespołu: Podpis dyrektora**

**Podpis rodzica/pełnoletniego ucznia**

**DECYZJA**

**W sprawie udziału w zajęciach**

**Wyrażam zgodę na udział ucznia …………………………. w niżej wymienionych formach pomocy psychologiczno-pedagogicznej:**

1. **…………………………………………..**
2. **………………………………………….**
3. **………………………………………….**

**Nie wyrażam zgody na udział ucznia …………………………. w niżej wymienionych formach pomocy psychologiczno-pedagogicznej:**

1. **…………………………………………..**
2. **………………………………………….**
3. **………………………………………….**

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

**/data/ /podpis/**

**MODYFIKACJA INDYWIDUALNEGO PROGRAMU EDUKACYJNO-TERAPEUTYCZNEGO:**