**INDYWIDUALNY  
PROGRAM EDUKACYJNO –TERAPEUTYCZNY**

| **Nazwa szkoły** |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko ucznia** |  |
| **Klasa** |  |
| **Data i miejsce urodzenia** |  |
| **Numer orzeczenia** |  |
| **Data wystawienia orzeczenia** |  |
| **Podstawa opracowania IPET** |  |
| **Czas realizacji programu** |  |
| **Wychowawca ucznia** |  |

1. **Wielospecjalistyczna ocena funkcjonowania ucznia**

| **WIELOSPECJALISTYCZNA OCENA FUNKCJONOWANIA UCZNIA**  **na podstawie diagnoz cząstkowych i obserwacji** | | | |
| --- | --- | --- | --- |
| **Obszar funkcjonowania** | **Opis funkcjonowania dziecka w danym obszarze** | | **Potrzeby wynikające z diagnozy dziecka w danym obszarze** |
|  | **Mocne strony** | **Słabe strony** |
| **Ogólna sprawność fizyczna  ( motoryka duża)** |  |  |  |
| **Sprawność rąk ( motoryka mała)** |  |  |  |
| **Zmysły i integracja sensoryczna (wzrok, słuch, węch, czucie, równowaga)** |  |  |  |
| **Komunikowanie się oraz artykulacja** |  |  |  |
| **Sfera poznawcza (opanowanie technik szkolnych, zakres opanowanych treści programowych, osiągnięcia i trudności** |  |  |  |
| **Sfera emocjonalno-motywacyjna (radzenie sobie z emocjami, motywacja do nauki i pokonywania trudności, itp.)** |  |  |  |
| **Sfera społeczna (kompetencje społeczne, relacje z dorosłymi, rówieśnikami, itp.)** |  |  |  |
| **Samodzielność** |  |  |  |
| **Stan zdrowia ucznia** |  | |  |

1. **Cele programu – edukacyjne i terapeutyczne.**

| **Cele edukacyjne** |
| --- |
|  |
| **Cele terapeutyczne** |
|  |

1. **1.Zakres i sposób dostosowania wymagań edukacyjnych do indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych oraz możliwości psychofizycznych ucznia**

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

|  |
| --- |

1. **Treści nauczania**

|  |
| --- |

1. **Metody pracy z uczniem**

|  |
| --- |

1. **Formy, sposoby i okres udzielania uczniowi pomocy psychologiczno – pedagogicznej oraz wymiar godzin, w których poszczególne formy pomocy będą realizowane, ustalone przez dyrektora szkoły zgodne z przepisami**

| Formy pomocy psychologiczno – pedagogicznej, okres jej udzielania i wymiar godzin  Zatwierdzony przez dyrektora | Sposób  udzielania pomocy psychologiczno – pedagogicznej |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. **Zajęcia rewalidacyjne i resocjalizacyjne oraz inne zajęcia odpowiednie ze względu na indywidualne potrzeby edukacyjne i rozwojowe oraz możliwości psychofizyczne uczniów:**

| Rodzaj zajęć rewalidacyjnych | Tygodniowy wymiar czasu zajęć |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
| Inne zajęcia związane z potrzebami ucznia | Sposób realizacji |
|  |  |

1. **Zajęcia edukacyjne realizowane indywidualnie z uczniem lub w grupie liczącej do 5 osób.**

W chwili obecnej nie ma potrzeby realizacji zajęć edukacyjnych indywidualnie z uczniem, gdyż chłopiec w miarę dobrze funkcjonuje podczas wspólnych zajęć edukacyjnych z pozostałymi uczniami z klasy.

1. **Rodzaj i zakres współpracy nauczycieli i specjalistów z rodzicami -   
   działania wspierające rodziców ucznia.**

|  |
| --- |

**X. Zakres współdziałania z poradniami psychologiczno-pedagogicznymi, specjalistycznymi, placówkami doskonalenia nauczycieli, organizacjami, instytucjami działającymi na rzecz rodziny i dzieci:**

|  |
| --- |

**XI. Rodzaj, zakres zintegrowanych działań nauczycieli i specjalistów prowadzących zajęcia specjalistyczne z uczniem:**

|  |
| --- |

**XII. Zakres współdziałania z organizacjami pozarządowymi oraz innymi instytucjami działającymi na rzecz rodziny, dzieci i młodzieży:**

|  |
| --- |

**XIII.Ewaluacja programu:**

| Dokonana zostanie w oparciu o obserwację bezpośrednią ucznia dokonywaną przez wychowawcę, nauczycieli przedmiotów, sprawozdań specjalistów oraz obserwacji innych pracowników szkoły, analizy bieżącej pracy dziecka, rozmowy z rodzicami. Ocenę postępów w rozwoju i zachowaniu w ramach IPET –u.  W formie opisowej ewaluacja sporządzona będzie na koniec roku szkolnego. |
| --- |

| ………………………………………………………………………………………...  …………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………..  ………………………………………………………………………………………..  ...........................................................................................  ........................................................................................... | …………………………………………………………………………… |
| --- | --- |
| Data i podpisy Zespołu opracowującego program | Podpis dyrektora szkoły |

|  |
| --- |
| Data i podpis rodziców/ prawnych opiekunów |