Pieczęć szkoły

***Załącznik nr 6***

*do Procedury organizowania i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej oraz wsparcia uczniów niepełnosprawnych*

# INDYWIDUALNY PROGRAM EDUKACYJNO-TERAPEUTYCZNY

**I. OGÓLNE INFORMACJE O UCZNIU**

Imię i nazwisko: ………………………………………………………………………………...

Szkoła: ……………………………………………………………………………….................

Okres/etap edukacyjny, na który stworzono IPET ……………………………………………..

Numer orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego ………………………………………...

wydanego przez ………………………………………………………………………………...

Rozpoznanie wynikające z orzeczenia: ………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………..

### **Zalecenia zawarte w orzeczeniu:**

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

### 2. **WYNIK WIELOSPECJALISTYCZNEJ OCENY FUNKCJONOWANIA UCZNIA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **Obszar** | **Mocne strony** | **Trudności** |
| Ogólna sprawność fizyczna |  |  |
| Komunikowanie się i artykulacja |  |  |
| Zmysły i integracja sensoryczna |  |  |
| Sfera poznawcza |  |  |
| Sfera emocjonalno-motywacyjna |  |  |
| Sfera społeczna |  |  |
| Samodzielność |  |  |
| Szczególne uzdolnienia |  |  |
| Stan zdrowia |  |  |
| Inne obszary ważne dla funkcjonowania ucznia |  |  |

1. **Informacje dotyczące zakresu i sposobu dostosowania wymagań edukacyjnych do indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych oraz możliwości psychofizycznych ucznia, z uwzględnieniem form i metod pracy z uczniem**

|  |  |
| --- | --- |
| **Zakres i sposób dostosowania wymagań edukacyjnych do indywidualnych potrzeb ucznia:** | **Metody pracy z uczniem:** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. **RODZAJ I ZAKRES ZINTEGROWANYCH DZIAŁAŃ NAUCZYCIELI I SPECJALISTÓW**

|  |  |
| --- | --- |
| **Zakres zintegrowanych działań nauczycieli i specjalistów** | **Rodzaj działań** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. **FORMY, SPOSOBY I OKRES UDZIELANIA UCZNIOWI POMOCY**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Formy pomocy udzielanej uczniowi** | **Klasa rok szkolny** | **Wymiar godzinowy** | **dzień tygodnia** | **godzina** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. **DZIAŁANIA WSPIERAJĄCE RODZICÓW ORAZ WSPÓŁPRACA Z INSTYTUCJAMI**

|  |  |
| --- | --- |
| **Instytucja** | **Rodzaj i zakres współpracy** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. **ZAJĘCIA REWALIDACYJNE, RESOCJALIZACYJNE I SOCJOTERAPEUTYCZNE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Forma zajęć** | **Tygodniowy wymiar godzin** | **Okres udzielania pomocy** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **WSPÓŁPRACA NAUCZYCIELI I SPECJALISTÓW Z RODZICAMI UCZNIA**

|  |
| --- |
| Zakres współpracy nauczycieli i specjalistów z rodzicami w realizacji zadań |
|  |
|  |
|  |
|  |

**VIII. DOSTOSOWANIE WARUNKÓW KSZTAŁCENIA DO NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI UCZNIA**

|  |  |
| --- | --- |
| Rodzaj niepełnosprawności | Dostosowanie warunków |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. **WYBRANE ZAJĘCIA EDUKACYJNE REALIZOWANE INDYWIDUALNIE Z UCZNIEM LUB W GRUPIE DO 5 UCZNIÓW**

|  |  |
| --- | --- |
| Rodzaj zajęcia | Czas trwania |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. **OCENA EFEKTYWNOŚCI WSPARCIA**

|  |  |
| --- | --- |
| Klasa | Ocena skuteczności działań |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. **PROPONOWANE MODYFIKACJE IPET**

|  |  |
| --- | --- |
| **Obszar modyfikacji** | **Proponowane zmiany** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**XII. PODPISY I ZATWIERDZENIE**

* **Data sporządzenia IPET:** ............................................................
* **Podpisy członków zespołu:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko** | **Funkcja** | **Podpis** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* **Podpis rodzica:**

............................................................

* **Podpis dyrektora (po zatwierdzeniu dokumentu przez zespół specjalistów**

............................................................

**XIII. POSTANOWIENIA KOŃCOWE**

1. Ocena realizacji IPET odbywa się co najmniej dwa razy w roku szkolnym (po I i II półroczu). W razie istotnych zmian w funkcjonowaniu ucznia, IPET może być modyfikowany w dowolnym momencie.
2. Dokument ten stanowi podstawę do aktualizacji Indywidualnego Programu Edukacyjno-Terapeutycznego (IPET) oraz wyznaczania kierunków dalszej pracy z uczniem.
3. Dane zawarte w IPET podlegają ochronie zgodnie z przepisami RODO i są wykorzystywane wyłącznie w celu organizacji kształcenia specjalnego