

Indywidualny Program Edukacyjno – Terapeutyczny

Podstawa prawna: Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie i zagrożonych niedostosowaniem społecznym (Dz. U. z 2020 r. poz. 1309).
Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz.U. z 2020 r. poz. 1280).

rok szkolny	klasa	szkola	numer orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego	numer orzeczenia o potrzebie kształcenia indywidualnego

.....
imiona i nazwisko ucznia, data urodzenia

.....
pieczęć szkoły

Adres zamieszkania:

Numer telefonu:

Czas realizacji programu: rok szkolny/etap edukacyjny*

Informacja o uczniu:

1. Diagnoza psychologiczno – pedagogiczna zawarta w orzeczeniu o potrzebie kształcenia specjalnego

a/ stopień niepełnosprawności intelektualnej:.....

b/ sprzężenie: tak, nie*

wada wzroku, wada słuchu, niepełnosprawność ruchowa, autyzm*

c/ dodatkowe dysfunkcje, zaburzenia:

2. Diagnoza medyczna:

3. Orzeczenie o niepełnosprawności:

a/ stopień niepełnosprawności:

b/ przyczyna niepełnosprawności - symbole:.....

c/ orzeczenie wydane do:

4. Sytuacja rodzinna:

a/ struktura rodziny:

b/ ilość dzieci w rodzinie:

c/ które dziecko w rodzinie:

d/ instytucje wspierające rodzinę:

I. Wielospecjalistyczna Ocena Poziomu Funkcjonowania Ucznia/Diagnoza i wnioski na podstawie oceny poziomu funkcjonowania ucznia.
(pierwsza ocena przed opracowaniem programu)

Załącznik

II. 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- &6.pkt.1

przedmiot	nauczyciel /le realizujący	zakres dostosowania	podpis/y
	1..... 2..... 3..... 4..... 5.....		

III. Zintegrowane działania nauczycieli i specjalistów prowadzących zajęcia z uczniem, a także wychowawców grup wychowawczych ukierunkowane na poprawę funkcjonowania ucznia - &6.pkt.2

działania o charakterze rewalidacyjnym	
działania o charakterze socjoterapeutycznym dla uczniów zagrożonych niedostosowaniem społecznym	

IV. Pomoc psychologiczno – pedagogiczna, rewalidacja i inne rodzaje zajęć wspierające prawidłowy rozwój ucznia- &6.pkt.3,5:

Rok szkolny	zajęcia dydaktyczno - wyrównawcze	zajęcia logopedyczne	zajęcia korekcyjno - kompensacyjne	terapia pedagogiczna	inne zajęcia o charakterze terapeutycznym (napisać jakie)	zajęcia rozwijające uzdolnienia	gimnastyka korekcyjna	konsultacje z psychologiem	alternatywne formy komunikacji	doradztwo zawodowe	integracja sensoryczna	Inne

V. Formy współpracy z rodzicami ucznia - &6.pkt.4,6:

1. Działania wspierające rodziców*:

- a/ konsultacje indywidualne
- b/ pedagogizacja
- c/ poradnictwo psychologiczno – pedagogiczne
- d/ poradnictwo zawodowe
- e/ pomoc formalno - prawna (orzeczenie o niepełnosprawności, orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego, renta socjalna etc.)
- f/ pomoc materialna(OPS, PCPR etc.)
- g/ inne.....
-
-

2. Kontynuacja pracy rewalidacyjnej w warunkach domowych w oparciu o materiały opracowane przez specjalistów*:

- a/ prace domowe
- b/ ćwiczenia logopedyczne
- c/ ćwiczenia korekcji wad postawy
- d/ ćwiczenia korekcyjno – kompensacyjne
- e/ inne.....

VI. Rodzaj i sposób dostosowania warunków organizacji kształcenia do rodzaju niepełnosprawności ucznia, w tym zakresie wykorzystywania technologii wspomagających to kształcenie(sprzęt specjalistyczny, likwidacja barier architektonicznych, warunki pracy w klasie, wsparcie asystenta, pomoc nauczyciela) - &6.pkt.7

.....

.....

.....

.....

VII. Wnioski i zalecenia zespołu do dalszej pracy z uczniem w tym zalecane formy, sposoby okresy udzielania uczniowi dalszej pomocy psychologiczno – pedagogicznej:

Zawarte w arkuszu wielospecjalistycznej oceny funkcjonowania ucznia - załącznik

podpis przewodniczącego zespołu opracowującego IPET

.....

czytelne podpisy członków zespołu opracowującego IPET:**

1.....

2.....

3.....

4.....

5.....

6.....

ZATWIERDZAM:

.....
Dyrektor

X. Zapoznałem się z treścią i akceptuję treść Indywidualnego Programu Edukacyjno -Terapeutycznego dla mojego dziecka

Data i podpis Rodzica / Opiekuna*:.....

* właściwe podkreślić

