**Indywidualny Program Edukacyjno-Terapeutyczny**

***I etap edukacyjny***

***II etap edukacyjny***

Data posiedzenia zespołu nauczycieli i specjalistów w celu opracowania IPET: **…..……………………..……**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko ucznia** | |  | | | |
| **Data urodzenia** | |  | | | |
| **Nazwa szkoły; oddział** | |  | | | |
| **Podstawa objęcia kształceniem specjalnym** | |  | | | |
| **Numer orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego** | |  | | | |
| **Cele edukacyjne**  (*wynikające z realizacji podstawy programowej*) | | | | **Cele terapeutyczne**  *(wynikające z realizacji zaleceń orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego)* | |
| Np. opanowanie podstawy programowej | | | | np. usprawnianie małej motoryki | |
| **RODZAJ I SPOSÓB DOSTOSOWANIA WARUNKÓW ORGANIZACYJNYCH KSZTAŁCENIA DO RODZAJU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI UCZNIA, W TYM WYKORZYSTYWANIA TECHNOLOGII WSPOMAGAJĄCYCH KSZTAŁCENIE** | | | | | |
| **Wynikające z orzeczenia:** | |  | | | |
| **ZAKRES I SPOSÓB DOSTOSOWAŃ WYMAGAŃ EDUKACYJNYCH NA POSZCZEGÓLNYCH PRZEDMIOTACH** | | | | | |
| **j.polski** |  | | | | |
| **j. angielski** |  | | | | |
|  |  | | | | |
| **ZINTEGROWANE DZIAŁANIA NAUCZYCIELI I SPECJALISTÓW PROWADZĄCYCH ZAJĘCIA Z UCZNIEM UKIERUNKOWANE NA POPRAWĘ JEGO FUNKCJONOWANIA** | | | | | |
| *Np. Wzmocnienie uczestnictwa w życiu szkolnym - angażowanie do udziału w kołach zainteresowań, pracach samorządu uczniowskiego itp* | | | | | |
| **FORMY I OKRES UDZIELANIA UCZNIOWI POMOCY PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNEJ ORAZ WYMIAR GODZIN** | | | | | |
| **Proponowana przez ZESPÓŁ**  **pomoc psychologiczno-pedagogiczna** | | | | | **Ustalona przez DYREKTORA**  **pomoc psychologiczno-pedagogiczna** |
|  | | | | |  |
|  | | | | |  |
|  | | | | | **Data i podpis Dyrektora :** |
| **Zakres współpracy z rodzicami ucznia /wychowanka oraz działania wspierające rodzinę** | | |  | | |
| **Zakres współpracy z poradnią psychologiczno-pedagogiczną i instytucjami** | | |  | | |
| **Wybrane zajęcia edukacyjne, które są realizowane indywidualnie z uczniem lub w grupie liczącej do 5 uczniów** | | |  | | |
| **Data/Podpisy dyrektora** | | |  | | |
| **Data/Podpisy członków zespołu** | | |  | | |

**Zapoznałem/łam się z Indywidualnym Programem Edukacyjno-Terapeutycznym opracowanym dla mojego dziecka.**

**Data :**…………………. **Podpis Rodziców / Prawnych Opiekunów** ………………………………………