**Załącznik nr 10a**

do procedury organizowania i udzielenia

pomocy psychologiczno – pedagogicznej \

**INDYWIDUALNY PROGRAM EDUKACYJNO – TERAPEUTYCZNY**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Imię i nazwisko ucznia* |  | | | | | Data urodzenia | | | |  | |
| *Nazwa placówki* | Zespół Szkolno-Przedszkolny  Szkoła Podstawowa im. M. Kopernika  w Tolkmicku | | | | | Klasa | | | |  | |
| *Wychowawca* |  | | | | | Nauczyciel współorganizujący  proces kształcenia | | | |  | |
| *Podstawa opracowania*  *IPET-u* | **Orzeczenie Nr** | | | | | Okres wydania orzeczenia | | | | **etap edukacyjny** | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **Arkusz Wielospecjalistycznej Oceny Poziomu Funkcjonowania Dziecka (zał. 1)** | | | | | | | | | | | |
| **Zakres i sposób dostosowania wymagań edukacyjnych, wskazany w orzeczeniu o potrzebie kształcenia specjalnego.** | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **Cele edukacyjne** | | | | | | | | **Cele terapeutyczne** | | | |
|  | | | | | | | |  | | | |
| **Zakres zintegrowanych działań nauczycieli i specjalistów prowadzących zajęcia z dzieckiem** | | | | | | | | | | | |
| Zajęcia rewalidacyjne |  | | | | | | | | | | |
| **Formy i okres udzielania uczniowi pomocy psychologiczno-pedagogicznej oraz wymiar godzin,  w którym poszczególne formy pomocy będą realizowane** | | | | | | | | | | | |
| Forma pomocy | | Okres udzielanej pomocy | | Wymiar godzin / Termin realizacji / Sposób | | | | | | Realizator / Specjalista | |
| Zajęcia rewalidacyjne | | do końca …….etapu edukacyjnego | |  | | | | | |  | |
| **Formy pracy** | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **Metody pracy** | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **Sprzęt specjalistyczny** | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **Zakres współpracy z rodzicami** | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **Zakres współpracy z instytucjami** | | | | | | | | | | | |
| *Nazwa i dane kontaktowe instytucji* | | *Zakres współpracy* | | | | | | | *Okres współpracy* | | *Osoby do kontaktu* |
|  | |  | | | | | | | cały ………etap edukacyjny | |  |
|  | |  | | | | | | | cały ……etap edukacyjny | |  |
| **Ocena efektywności udzielanej pomocy** | | | | | | | | | | | |
| *Obszar ewaluacji* | | | *Opis (z podaniem przyczyn w przypadku,  gdy cele i/lub zadania nie zostały zrealizowane* | | *Wnioski do dalszej pracy* | | | | | | |
| Ewaluacja wyniku (które cele zostały osiągnięte?) | | |  | |  | | | | | | |
| Ewaluacja procesu (w jaki sposób zadania zostały zrealizowane?) | | |  | |  | | | | | | |
| **Zakres i sposób dostosowania programu nauczania oraz wymagań edukacyjnych do indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych  oraz możliwości psychofizycznych ucznia, w szczególności przez zastosowanie odpowiednich metod i form pracy z uczniem** | | | | | | | | | | | |
| Dostosowaniu ulegają programy z przedmiotów: | | | | | | | | | | | |
| **Zakres i sposób dostosowania wymagań edukacyjnych** | | | | | | | | | | | |
| **Zakres dostosowania wymagań edukacyjnych:** | | | | | | | **Sposób dostosowania wymagań edukacyjnych:** | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | |

………………………………………… …………………………………

Podpis osoby przygotowującej program podpis dyrektora szkoły

Podpisy osób uczestniczących w posiedzeniu Zespołu:

……………………………………

podpis rodziców

Członkowie zespołu:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nauczany przedmiot** | **Nauczyciel** | **Podpis** |
| 1 |  |  |  |