**Indywidualny Program Edukacyjno-Terapeutyczny**

**dla …………………….**

 ucznia z orzeczeniem o potrzebie kształcenia specjalnego

z uwagi na **niepełnosprawność …………………………………………………………………………………………..**

1. **Metryka:**

**Imię i nazwisko ucznia:……………………….**

**Data urodzenia: ………………………………….**

**Nazwa Szkoły:** Szkoła Podstawowa w Domaszewnicy

**Klasa:** …………………

**Imię i nazwisko wychowawcy klasy: ………………………..**

Data posiedzenia zespołu nauczycieli i specjalistów w celu opracowania IPET:

| **Informacje z orzeczenia** |
| --- |
| **Numer orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego** |  |
| **Nazwa poradni psychologiczno-pedagogicznej, która wydała orzeczenie** |  |
| **Okres na jaki zostało wydane orzeczenie** |  |
| **Diagnoza**  |  |
| **Okres realizacji programu** | Rok szkolny 2023/2024 (wrzesień 2023 – czerwiec 2024)  |

|  |
| --- |
| **Wyniki wielospecjalistycznej oceny poziomu funkcjonowania ucznia** |
|  | Mocne strony  | Słabe strony |
| **Sprawność fizyczna (motoryka)** |  |  |
| **Rozwój społeczny**  |  |  |
| **Zasoby pamięci, uwagi, spostrzegania, myślenia** |  |  |
| **Zainteresowania i uzdolnienia**  |  |  |
| **Poziom motywacji** |  |  |
| **Zdolności komunikacyjne (ocena poziomu rozwoju językowego, zasoby i trudności językowe)** |  |  |
| **Emocje**  |  |  |

|  |
| --- |
| **Zakres i sposób dostosowania wymagań edukacyjnych do indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych oraz możliwości psychofizycznych ucznia** |
| **Metody i sposoby pracy z uczniem wynikające z potrzeb ucznia**  |  |
| **Formy pracy**  |  |
| **Zasady oceniania**  |  |
| **Pomoce dydaktyczne** |  |
| **Zasady sprawdzania wiedzy i umiejętności oraz egzaminowanie** |  |

| **Formy i okres udzielania uczniowi pomocy psychologiczno-pedagogicznej oraz wymiar godzin ich realizowania** |
| --- |
| **Zajęcia z zakresu pomocy psychologiczno-pedagogicznej ustalone z uwagi na potrzeby rozwojowe i edukacyjne ucznia** | -zajęcia socjoterapeutyczne |  |
| -zajęcia logopedyczne | -1h lekcyjna w tygodniu przez cały rok szkolny |
| -zajęcia korekcyjnko-kompensacyjne |  |
| -zajęcia dydaktyczno-wyrównawcze |  |
| -zajęcia z pedagogiem specjalnym |  |
| -zajęcia z psychologiem |  |

| **Zintegrowane działania nauczycieli i specjalistów prowadzących zajęcia z uczniem, ukierunkowane na poprawę funkcjonowania ucznia** |
| --- |
| Rodzaj  | Opis zajęć |
| **Zajęcia z pedagogiem specjalnym** |  |
| **Zajęcia z psychologiem**  |  |
| **Zajęcia socjoterapeutyczne** | . |
| **Zajęcia logopedyczne** |  |

|  |
| --- |
| **Współpraca z rodzicami** |
| **Działania wspierające rodziców ucznia**  | -zapewnienie rodzicom ucznia udziału w dokonywaniu wielospecjalistycznej oceny poziomy funkcjonowania ucznia (WOPFU) oraz w tworzeniu i modyfikacjach IPET;-przekazanie zaleceń do pracy z dzieckiem w domu;-opracowanie wspólnego systemu stawiania wymaga uczniowi;-zapewnienie możliwości korzystania z indywidualnych konsultacji z nauczycielami szkoły i innymi specjalistami zaangażowanymi w realizację elementów IPET ucznia (psycholog, pedagog, logopeda); |
| **Zakres współpracy nauczycieli i specjalistów z rodzicami ucznia w realizacji przez szkołę** | -realizacja zaleceń zawartych w orzeczeniu o potrzebie kształcenia specjalnego;-konsultacje z rodzicami w sprawie realizacji indywidualnego programu terapeutycznego;-konsultacje w sprawie postępów i trudności ucznia;-zapewnienie zajęć specjalistycznych z zakresu pomocy psychologiczno-pedagogicznej;-wspieranie rodziców w uzyskaniu pomocy w zakresie uzyskania dla dziecka dodatkowych oddziaływań pozaszkolnych. |

| **Współpraca z instytucjami**  |
| --- |
| -Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w ………………-współpraca w ramach konsultacji realizacji IPET w ramach zespołu;-organizowanie konsultacji dla nauczycieli, dotyczących udzielania skutecznych form wsparcia i pokonywania trudności w pracy z uczniem;-współpraca ze specjalistami udzielającymi wsparcia uczniowi (psycholog, pedagog specjalny , logopeda). |

| **Osoby uczestniczące w posiedzeniu zespołu: nauczyciele, specjaliści, wychowawcy grup wychowawczych, rodzice, dyrektor, osoby zaproszone przez dyrektora lub rodziców**  | **Podpis** |
| --- | --- |
| 1. mgr Teresa Wierzchowska - dyrektor placówki
 |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Zapoznałam/łem się i odebrałam/łem Indywidualny Program Edukacyjno – Terepeutyczny mojego dziecka**

**…………………………………………………………………………..**

(podpis rodzica/opiekuna prawnego)