Bieruń, dnia ………………………….

**Indywidualny Program Edukacyjno-Terapeutyczny**

I. Podstawowe informacje

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko ucznia: |  |
| Data urodzenie: |  |
| Klasa: |  |
| Rok szkolny |  |
| Etap edukacyjny |  |
| Podstawa objęcia kształceniem specjalnym (sygnatura dokumentu z ppp): |  |
| Obowiązująca podstawa programowa: |  |

II. Rozpoznanie wynikające z orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego:

III. Wielospecjalistyczna ocena poziomu funkcjonowania ucznia

**ARKUSZ WIELOSPECJALISTYCZNEJ OCENY FUNKCJONOWANIA UCZNIA dokonanej w dniu . . . . . . . . . . . . . . . . . .**

|  |
| --- |
| **DIAGNOZA**  |
| **Źródło informacji** | **Analiza funkcjonowania** |
| **Informacje medyczne – analiza dokumentacji, informacje od lekarzy** |  |
| **Obserwacje wychowawcy**  |  |
| **Obserwacje nauczycieli** |  |
| **Informacje pedagoga/psychologa** |  |
| **Informacja doradcy zawodowego** |  |
| **Inni specjaliści**  |  |
| **Informacje od rodziców ucznia****(sytuacja rodzinna, materialna, inne)** |  |
| **Analiza prac ucznia**  |  |
| **Inne źródła** …………………………………….. |  |

|  |
| --- |
| Podsumowanie oceny funkcjonowania ucznia |
| SFERA | Mocne strony | Słabe strony | Ograniczenia otoczenia |
| Ogólna sprawność fizyczna |  |  |  |
| Rozwój intelektualny ( rozwój poznawczy, uwaga, pamięć, myślenie) |  |  |  |
| Funkcje wzrokowo-przestrzenne |  |  |  |
| Funkcje słuchowe |  |  |  |
| Funkcje językowe (komunikacja, język i mowa) |  |  |  |
| Pisanie, czytanie, liczenie |  |  |  |
| Zasób wiadomości |  |  |  |
| Strefa społeczno-emocjonalna |  |  |  |
| Dodatkowe informacje |  |  |  |

IV. Cele:

|  |  |
| --- | --- |
| **Edukacyjne** (w odniesieniu do podstawy programowej, wymienić konkretny program nauczania), muszą wynikać z oceny poziomu rozwoju umiejętności szkolnych oraz realizowanego programu nauczania |  |
| **Terapeutyczne, rewalidacyjne i wychowawcze** (określone na podstawie dokonanej wielospecjalistycznej oceny funkcjonowania |  |
| **Związane z wyborem kierunku kształcenia i zawodu** |  |

V. Dostosowanie wymagań, w tym procedury osiągania celów oraz rodzaj wsparcia/zadania ( metody, formy i środki dydaktyczne).

Przedmiot .. . . . . . .

|  |  |
| --- | --- |
| Metody i formy pracy z uczniem |  |
| Pomoce dydaktyczne |  |
| Dostosowanie wymagań edukacyjnych oraz sposoby sprawdzania wiadomości i oceniania |  |
| Dostosowanie otoczenia do potrzeb i możliwości ucznia |  |
| Przewidywane osiągnięcia ucznia  |  |
| Sposoby ewaluacji |  |
| Inne  |  |

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

Podpis nauczyciela

VI. Formy pomocy – w tym zajęcia rewalidacyjne, resocjalizacyjne, socjoterapeutyczne oraz inne zajęcia odpowiednie ze względu na indywidualne potrzeby rozwojowe i edukacyjne oraz możliwości psychofizycznych ucznia.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LP | Rodzaj zajęć | Wymiar godzin | Osoba prowadząca | Miejsce realizacji | Czas realizacji |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

VII. Sposób oceny efektywności udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej ( analiza uwag, ocen i frekwencji; obserwacja ucznia na lekcjach i przerwach; konsultacje nauczycieli, wychowawców, rodziców, itp.).

VIII. Rodzaj i zakres zintegrowanych działań nauczycieli i specjalistów prowadzących zajęcia z uczniem (kto i podczas jakich zajęć jakie realizuje działania, spotkania Zespołu)

IX. Współpraca z rodzicami (zakres współpracy, działania wspierające rodziców, porady, szkolenia, konsultacje)

X. Współpraca z poradniami lub innymi instytucjami (porady, konsultacje, kierowanie ucznia na diagnozy, itp.)

XI. Uwagi i informacje dodatkowe dotyczące realizacji programu.

XII. Skład Zespołu opracowującego IPET i ich podpisy.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| lp | Imię i nazwisko | Podpis |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data i podpis rodzica/opiekuna prawnego: Data i podpis dyrektora zatwierdzającego

Indywidualny Program Edukacyjno-Terapeutyczny

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

XIII. Okresowa wielospecjalistyczna ocena poziomu funkcjonowania ucznia dokonana w dniu . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

XIV. Okresowa ocena efektywności programu w zakresie dostosowań dokonana w dniu . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .