Pruszcz Gdański,…………….. r.

**INDYWIDUALNY PROGRAM EDUKACYJNO-TERAPEUTYCZNY**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko ucznia  |  |
| Rok urodzenia  |  |
| Etap edukacyjny  |  etap edukacyjny |
| Klasa  |  |
| Rok szkolny  |   |
| Nazwa szkoły  |  Szkoła Podstawowa  |
| Koordynator Zespołu  |  |
| **Podstawa objęcia ucznia kształceniem specjalnym**  |
|  |
| **Rozpoznanie wynikające z orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego:**   |
| **Główne cele edukacyjno-terapeutyczne.** |
|  | **1. 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.**\*Zgodnie z zaleceniami poradni |
| **Warunki zewnętrzne** **( w tym miejsce pracy)**  |  |
| **Metody i formy pracy**  |  |
| **Praca podczas zajęć lekcyjnych, prace domowe** |  |
| **Egzekwowanie wiedzy** |  |
| **Motywowanie i ocenianie** |  |
| **Pomoce specjalistyczne**  |  |

**2. Zakres zintegrowanych działań nauczycieli i specjalistów prowadzących zajęcia z uczniem, ukierunkowane na poprawę funkcjonowania ucznia, w tym- w zależności od potrzeb-na komunikowanie się ucznia z otoczeniem z użyciem wspomagających i alternatywnych metod komunikacji (AAC) , oraz wzmacniania jego uczestnictwa w życiu szkolnym.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Działania**  | **W przypadku** |  |
| Ukierunkowane na poprawę komunikacji | Ucznia niepełnosprawnego działania o charakterze rewalidacyjnym |  |
|  Ucznia niedostosowanego społecznie o charakterze rewalidacyjnym |  |
| Ucznia zagrożonego niedostosowaniem społecznym działania o charakterze socjoterapeutycznym |  |
| Ukierunkowane na wzmacnianie uczestnictwa ucznia w życiu szkolnym | Ucznia niepełnosprawnego działania o charakterze rewalidacyjnym |  |
| Ucznia niedostosowanego społecznie działania o charakterze resocjalizacyjnym |  |
| Ucznia zagrożonego niedostosowaniem społecznym działania o charakterze socjoterapeutycznym |  |

**3. Formy i okres udzielania dziecku lub uczniowi pomocy psychologiczno- pedagogicznej oraz wymiar godzin , w którym poszczególne formy pomocy będą realizowane:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Formy pomocy** | **Okres udzielania pomocy** | **Osoby odpowiedzialne** | **Wymiar godzin** |
| Zajęcia rozwijające uzdolnienia |  |  |  |
| Zajęcia rozwijające umiejętności uczenia się |  |  |  |
| Zajęcia specjalistyczne:-korekcyjno-kompensacyjne,- logopedyczne,-rozwijające kompetencje emocjonalno- społeczne, -inne o charakterze terapeutycznym  |  |  |  |
| Zajęcia dydaktyczno-wyrównawcze |  |  |  |
| Zajęcia związane z wyborem kierunku kształcenia i zawodu |  |  |  |
| Porady i konsultacje |  |  |  |
| inne |  |  |  |

**4. Działania wspierające rodziców dziecka oraz, w zależności od potrzeb, zakres współpracy z poradniami psychologiczno- pedagogicznymi, specjalnymi ośrodkami szkolno- wychowawczymi, placówkami doskonalenia nauczycieli, organizacjami pozarządowymi i innymi działającymi na rzecz rodziny, dzieci i młodzieży:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Zakres wsparcia** | **Częstotliwość i forma udzielania wsparcia** | **Podmiot współpracujący w udzielaniu wsparcia** |
| Realizacja podstawy programowej;Relacje rówieśnicze,- wsparcie dziecka w odrabianiu prac domowych,- wsparcie dziecka w organizacji czasu wolnego,- wybór szkoły i dalszego kierunku kształcenia,Współdziałanie ze specjalistami z poradni w zakresie przekazywania informacji o uczniu ( za zgoda rodziców),- organizowanie szkoleń przez placówki doskonalenia w zakresie niezbędnym do udzielenia uczniowi adekwatnych form wsparcia,- korzystanie z porad, konsultacji zewnętrznych. |  |  |

**5. Zajęcia rewalidacyjne, resocjalizacyjne i socjoterapeutyczne oraz inne zajęcia odpowiednie ze względu na indywidualne potrzeb rozwojowe i edukacyjne oraz możliwości psychofizyczne ucznia.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Rodzaj zajęć** | **Forma zajęć****Indywidualne/grupowe** | **Tygodniowy wymiar czasu zajęć** |
| Zajęcia rewalidacyjne |  |  |
| Zajęcia resocjalizacyjne |  |  |
| Zajęcia socjoterapeutyczne |  |  |
| Zajęcia z zakresu doradztwa zawodowego |  |  |
| Zajęcia związane z wyborem kierunku kształcenia i zawodu realizowane w ramach pomocy psychologiczno- pedagogicznej. |  |  |
| Inne zajęcia |  |  |

**6. Zakres współpracy nauczycieli /specjalistów z rodzicami ucznia w realizacji przez szkołę.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Zadania szkoły** | **Zakres współpracy nauczycieli i specjalistów z rodzicami ucznia w realizacji zadań.** |
| Realizacja zaleceń zawartych w orzeczeniu |  |
| Zapewnienie warunków do nauki |  |
| Zapewnienie zajęć specjalistycznych z zakresu pomocy psychologiczno- pedagogicznej. |  |
| Zapewnienie innych zajęć , w szczególności zajęć rewalidacyjnych |  |
| Integracja ze środowiskiem  |  |
| Przygotowanie ucznia do samodzielności w życiu dorosłym |  |

**7. Rodzaj i sposób dostosowania warunków organizacji kształcenia do rodzaju niepełnosprawności ucznia, w tym wykorzystania technologii wspomagających to kształcenie (pomoce adaptacyjne, sprzęt rehabilitacyjny:**

**-**

**8. Zajęcia edukacyjne , które są realizowane indywidualnie z uczniem lub w grupie liczącej do 5 uczniów.**

**-**

Skład zespołu opracowującego IPET:

|  |  |
| --- | --- |
| **Osoby uczestniczące w posiedzeniu zespołu: ( nauczyciele, specjaliści)** |  **Podpisy** |
|  |  |

