**INDYWIDUALNY PROGRAM EDUKACYJNO-TERAPEUTYCZNY**

**rok szkolny** ………………..

**na okres:** …………………………

**DANE O UCZNIU/UCZENNICY**

|  |
| --- |
| Imiona i nazwisko: Data i miejsce urodzenia: Miejsce zamieszkania: Rodzice/opiekunowie prawni: Klasa:Wychowawca klasy: |

|  |
| --- |
| Uczeń/uczennica uczestniczy w zajęciach edukacyjnych w zespole klasowym:Uczeń/uczennica objęty(a) jest nauczaniem indywidualnym:Dodatkowo uczeń/uczennica ma wydłużony etap edukacyjny. |

|  |
| --- |
| Uczeń/uczennica jest nauczany(a) w oparciu o wybrane dla danej klasy programy nauczania, dopuszczone do użytku szkolnego przez Ministra Edukacji Narodowej i wpisane do wykazu programów nauczania dla \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Uczeń/uczennica jest nauczany(a) w oparciu o własny program nauczania opracowany przez …………………….. i wpisany do szkolnego programu nauczania.  |

**PODSTAWA OBJĘCIA UCZNIA/UCZENNICY KSZTAŁCENIEM SPECJALNYM**

|  |
| --- |
| Orzeczenie PPP nr ………………………… o potrzebie kształcenia specjalnego z uwagi na ………………………………………………, na okres ……………………………………….., wydane przez PPP w ................................., z dnia.......................................................... Rodzaj niepełnosprawności: Rokowania: Inne niepełnosprawności/choroby towarzyszące: Zalecenia/wskazania do pracy: Zalecane pomoce: |

**CELE PROGRAMU (uwzględniające zdiagnozowane potrzeby ucznia zawarte w WOPFU):**

|  |
| --- |
| Cele rozwojowe:  |

|  |
| --- |
|  Cele edukacyjne:  |

|  |
| --- |
| Cele terapeutyczno-rewalidacyjne: |

**ZAKRES I SPOSÓB DOSTOSOWANIA WYMAGAŃ EDUKACYJNYCH ORAZ WARUNKÓW ORGANIZACJI KSZTAŁCENIA DO INDYWIDUALNYCH POTRZEB ROZWOJOWYCH I EDUKACYJNYCH, MOŻLIWOŚCI PSYCHOFIZYCZNYCH
I RODZAJU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI UCZNIA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Przedmiot** | **Zakres dostosowania programów nauczania do indywidualnych potrzeb i możliwości ucznia/uczennicy** | **Sposób realizacji programu nauczania (formy, metody pracy)** | **Sposób egzekwowania wiedzy i oceniania wiadomości i umiejętności ucznia/uczennicy** | **W przypadku uczniów niepełnosprawnych - rodzaj i sposób dostosowania warunków organizacji kształcenia do rodzaju niepełnosprawności, w tym w zakresie wykorzystywania technologii wspomagających to kształcenie, sprzęt specjalistyczny i środki dydaktyczne**  |
| Język polski |  |  |  |  |
| Matematyka |  |  |  |  |
| Historia |  |  |  |  |
| Biologia |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**ZAKRES ZINTEGROWANYCH DZIAŁAŃ NAUCZYCIELI, SPECJALISTÓW, WYCHOWAWCÓW GRUP WYCHOWAWCZYCH PROWADZĄCYCH ZAJĘCIA Z UCZNIEM UKIERUNKOWANE NA POPRAWĘ FUNKCJONOWANIA UCZNIA, W TYM NA KOMUNIKOWANIE SIĘ UCZNIA Z OTOCZENIEM ORAZ WZMACNIANIE JEGO UCZESTNICTWA
W ŻYCIU PRZEDSZKOLNYM LUB SZKOLNYM**

|  |  |
| --- | --- |
| **Działania o charakterze rewalidacyjnym/ socjoterapeutycznym**  | **np. ACC** |
| **Działania rozwijające kompetencje społeczno – emocjonalne**  | **np. wykorzystywanie bieżących sytuacji wychowawczych do rozwijania umiejętności znoszenia porażek,****np. wzmacnianie uczestnictwa w życiu szkoły**  |
| **Działania o innym charakterze**  | **np. związane z doradztwem zawodowym, rozpoznawaniem predyspozycji i zainteresowań, WDŻ**  |

**ZAJĘCIA REWALIDACYJNE/ SOCJOTERAPEUTYCZNE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Rodzaj zajęć rewalidacyjnych** | **Osoba prowadząca zajęcia** | **Ilość godzin w tygodniu**  |
|  |  |  |

**FORMY I OKRES UDZIELANIA UCZNIOWI POMOCY PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNEJ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Rodzaj zajęć** | **Osoba prowadząca zajęcia** | **Ilość godzin w tygodniu** |
|  |  |  |
| Np. zajęcia korekcyjno – kompensacyjne, inne zajęcia o charakterze terapeutycznym, warsztaty, porady psychologa/ pedagoga |  |  |

**OPIEKA I DODATKOWA POMOC**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Forma opieki** | **Osoba/instytucja odpowiedzialna** | **Uwagi**  |
| Świetlica |  |  |
| Pomoc medyczna (pielęgniarka szkolna) |  |  |
| Pomoc materialna |  |  |
| Przewóz |  |  |
|  |  |  |

**DZIAŁANIA WSPIERAJĄCE RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH UCZNIA**

|  |
| --- |
| *Objęcie rodziców pomocą psychologiczno – pedagogiczną. Wspólne rozpoznawanie specjalnych potrzeb ucznia oraz skuteczności podjętych działań, dostarczanie wiedzy pedagogicznej i uwrażliwianie na potrzeby i możliwości dziecka, informowanie na bieżąco o postępach bądź trudnościach dziecka, wskazywanie osiągnięć i niepowodzeń, uzgadnianie wspólnie z rodzicami kierunku oddziaływań wychowawczych i dydaktycznych, możliwość obserwowania ucznia w trakcie zajęć z całą grupą, informowanie o uprawnieniach ucznia zgodnie z prawem oświatowym; wsparcie rodziców w procesie edukacji, kierowanie do odpowiednich placówek specjalistycznych;**Na przykład: porady dotyczące pracy z dzieckiem w domu, spotkania z ekspertem, udział w zajęciach, propozycje instytucji zewnętrznych mogących udzielić wsparcia.* |

**ZAKRES WSPÓŁPRACY NAUCZYCIELI I SPECJALISTÓW, WYCHOWAWCÓW GRUP WYCHOWAWCZYCH
Z RODZICAMI/OPIEKUNAMI PRAWNYMI UCZNIA W REALIZACJI ZADAŃ WYMIENIONYCH W § 5 ROZPORZĄDZENIA tj.:** realizacja zaleceń zawartych w orzeczeniu o potrzebie kształcenia specjalnego**,** warunki do nauki, sprzęt specjalistyczny i środki dydaktyczne, odpowiednie ze względu na indywidualne potrzeby rozwojowe i edukacyjne oraz możliwości psychofizyczne uczniów**,** zajęcia specjalistyczne**,** inne zajęcia odpowiednie ze względu na indywidualne potrzeby rozwojowe i edukacyjne oraz możliwości psychofizyczne uczniów, w szczególności zajęcia rewalidacyjne, resocjalizacyjne i socjoterapeutyczne**,** integracja uczniów ze środowiskiem rówieśniczym,
w tym z uczniami pełnosprawnymi, przygotowanie uczniów do samodzielności w życiu dorosłym

|  |
| --- |
| *Kontakty korespondencyjne, rozmowy telefoniczne, zebrania, konsultacje z wychowawcą grupy, specjalistą ds. rewalidacji i wczesnego wspomagania rozwoju, psychologiem, szkolenia dla rodziców. W sytuacji zarządzenia Dyrektora SOSW o przejściu placówki na tryb terapii i nauki zdalnej/hybrydowej współpraca dodatkowo odbywać się będzie poprzez komunikatory, maile i inne formy kontaktu. Udostępnianie materiałów na FB (zamknięta strona dla rodziców i specjalistów). Prezentowane materiały min. dotyczą propozycji wsparcia rozwoju dziecka przez rodzica, zawierają działania profilaktyczne. Warsztaty, szkolenia i prelekcje dla rodziców.* *Ważne jest opisanie, w jakim zakresie – nad czym wspólnie będą pracować – szkoła i rodzice, np.: usprawnianie jakich funkcji, przez jakie ćwiczenia, z jaką częstotliwością itp.* *Spotkania w zespole ds. WOPFU – dwa razy do roku (raz na semestr).* *Bieżące omawianie postępów i barier rozwojowych ucznia (konsultacje z nauczycielami raz w miesiącu, konsultacje z pedagogiem lub psychologiem w ramach dyżurów).* *Stała współpraca nauczyciela z rodzicem (przekazywanie zakresu materiału, prac domowych).**Informowanie rodziców o bieżących sukcesach lub problemach dziecka (cały rok).* *Informowanie rodziców o konkursach przedmiotowych i artystycznych, celem stworzenia dziecku warunków do osiągania sukcesu.* *Informowanie rodziców o dalszych możliwościach edukacyjnych dziecka.* |

**WSKAZANIA DLA RODZICÓW DO PRACY W DOMU**

|  |
| --- |
|  |

**ZAKRES WSPÓŁDZIAŁANIA Z PPP I INNYMI PLACÓWKAMI SPRAWUJĄCYMI OPIEKĘ NAD UCZNIEM**

|  |
| --- |
| *Diagnoza psychologiczna, pedagogiczna i logopedyczna; orzekanie o potrzebie kształcenia specjalnego; wspieranie rodziny w procesie wychowania i edukacji dziecka niepełnosprawnego (grupa wsparcia dla rodziców, konsultacje indywidualne z rodzicami, pedagogizacja rodziców, terapia rodziny, terapia zaburzeń rozwojowych i zachowań dysfunkcyjnych); kontakt i współpraca z instytucjami pozaszkolnymi (MOPS, MOPR) według potrzeb.**W tym poradniami specjalistycznymi, placówkami doskonalenia nauczycieli, organizacjami pozarządowymi, innymi instytucjami oraz podmiotami działającymi na rzecz rodziny, dzieci i młodzieży.* |

**DOSTOSOWANIE DO EGZAMINU**

|  |
| --- |
| *Forma egzaminu zewnętrznego powinna być dostosowana do możliwości ucznia zgodnie z aktualnymi na dany rok zaleceniami dyrektora CKE.* |

**IPET został opracowany przez zespół w składzie:**

**Koordynator zespołu:** …………………………………….

|  |  |
| --- | --- |
| **Członkowie zespołu** | **Podpis** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**ZGODA RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH UCZNIA NA REALIZACJĘ PROGRAMU**

Akceptuję powyższy Indywidualny Program Edukacyjno – Terapeutyczny i wyrażam zgodę na jego realizację: TAK NIE\*

 …………………………………………..

 Data i podpis rodzica/opiekuna prawnego

\* Uwagi rodzica/opiekuna prawnego dotyczące IPET-u (w przypadku braku jego akceptacji)

|  |
| --- |
|  |

 ………………………………….

 Data i podpis Dyrektora