**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 oraz nazwa programu nauczania ( numer programu ): |  |

II. Rozpoznanie wynikające z orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego:

III. Wielospecjalistyczna ocena poziomu funkcjonowania ucznia:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| mocne strony | słabe strony | Ograniczenia otoczenia |
|  |  |  |

IV. Cele:

|  |  |
| --- | --- |
| **Edukacyjne** (w odniesieniu do podstawy programowej, wymienić konkretny program nauczania), muszą wynikać z oceny poziomu rozwoju umiejętności szkolnych oraz realizowanego programu nauczania | Tożsame z wybranym programem nauczania |
| **Terapeutyczne** ( określone na podstawie dokonanej wielospecjalistycznej oceny funkcjonowania |  |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Metody pracy z uczniem |  |
| Formy pracy z uczniem |  |
| Środki dydaktyczne |  |
| Dostosowanie wymagań edukacyjnych oraz sposoby sprawdzania wiadomości i oceniania |  |
| Dostosowanie otoczenia do potrzeb i możliwości ucznia |  |
| Inne |  |

VI. Zajęcia specjalistyczne, którymi objęty będzie uczeń/uczennica ( z programem w formie załącznika):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Rodzaj zajęć | Wymiar godzin | Osoba prowadzące | Miejsce realizacji |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

VII. Zakres współpracy z rodzicami.

VIII. Uwagi i informacje dodatkowe dotyczące realizacji programu.

IX. Sposób oceny efektywności udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej ( w jaki sposób będzie przebiegał monitoring i ocena, jakie metody, narzędzia będą wykorzystywane? Np. na podstawie: ocen, uwag w dzienniku, inne).

X. Skład Zespołu opracowującego IPET i ich podpisy.

1. 7. 12.

2. 8. 13.

3. 9. 14.

4. 10. 15.

5. 11. 16.

6.

Data i podpis dyrektora zatwierdzającego Indywidualny Program Edukacyjno-Terapeutyczny

Data i podpis rodzica/opiekuna prawnego: