**Indywidualny Program Edukacyjno-Terapeutyczny**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dane ucznia** | Imię i nazwisko |  |
| Data urodzenia |  |
| Miejsce zamieszkania |  |
| **Dane zespołu szkolno - przedszkolnego** | Nazwa i adres/ oddział | Zespół Szkolno – Przedszkolny w Jejkowicachul. Główna 4244-290 Jejkowice |
| **Dane kontaktowe rodziców/opiekunów prawnych**(imię i nazwisko, miejsce zamieszkania, telefon, e-mail) | Matka/prawny opiekun |  |
| Ojciec/prawny opiekun |  |
| **Podstawa opracowania IPET-u** | Nr i data wydania orzeczenia |  |
| Z uwagi na |  |
| **Dane dotyczące IPET-u** | Data opracowania  |  |
| Czas realizacji programu |  |

|  |
| --- |
|  **Cele ogólne do osiągnięcia w zakresie, w jakim dziecko wymaga pomocy psychologiczno-pedagogicznej wg zaleceń z orzeczenia** |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **Zakres dostosowania programu wychowania przedszkolnego oraz wymagań edukacyjnych do indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych oraz możliwości psychofizycznych dziecka**
 |
| **Dostosowania:****Rodzaj zajęć:****Formy pracy:****Metody pracy:** |

|  |
| --- |
| 1. **Zintegrowane działania nauczycieli i specjalistów prowadzących zajęcia z uczniem (podejmowane działania specjalistów)**
 |
| Działania nauczycieli i specjalistów: |

|  |
| --- |
| 1. **Formy i okres udzielania uczniowi pomocy psychologiczno - pedagogicznej**
 |
| **Forma** | **Sposób udzielania**  | **Okres udzielania pomocy** |
| Terapia logopedyczna |  | Rok szkolny  |
| Terapia psychologiczna |  | Rok szkolny  |
| Terapia pedagogiczna ( m.in.zajęcia korekcyjno – kompensacyjne) |  | Rok szkolny  |
| Zajęcia o charakterze rewalidacyjnym |  | Rok szkolny  |
| Zajęcia o charakterze socjoterapeutycznym/terapeutycznym |  | Rok szkolny |

|  |
| --- |
| 1. **Działania wspierające rodziców ucznia**
 |
| **Działania wspierające rodziców dziecka** |  |

|  |
| --- |
| **4.a. Rodzaj i zakres współdziałania z poradniami psychologiczno- pedagogicznymi, placówkami doskonalenia nauczycieli, szkołami specjalnymi**  |
| **Nazwa instytucji** | **Zakres planowanej współpracy** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 1. **Zajęcia rewalidacyjne oraz inne zajęcia,**

**odpowiednie ze względu na indywidualne potrzeby rozwojowe i edukacyjne** **oraz możliwości psychofizyczne dziecka.** |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **Zakres współpracy nauczycieli, specjalistów i rodziców w zakresie realizacji zadań mających na celu całościowe stymulowanie rozwoju dziecka.**
 |
| **Zakres współpracy nauczycieli i specjalistów z rodzicami dzieckaw zakresie realizacji zadań zawartych w orzeczeniu o potrzebie kształcenia specjalnego** |  |

|  |
| --- |
| 1. **Rodzaj i sposób dostosowania warunków organizacji kształcenia do niepełnosprawności dziecka w zakresie dostosowań do potrzeb psychofizycznych dziecka**
 |
| **Przygotowanie środowiska zewnętrznego****Organizacja pracy na zajęciach****Egzekwowanie wiedzy****Motywowanie i ocenianie****Sprzęt specjalistyczny i środki dydaktyczne** | .  |

|  |
| --- |
| 1. **Wybrane zajęcia wychowania przedszkolnego i zajęcia edukacyjne realizowane z uczniem indywidualnie lub w grupie liczącej do 5 uczniów (**w zależności od indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych oraz możliwości psychofizycznych ucznia wskazanych w orzeczeniu o potrzebie kształcenia specjalnego lub wynikających z wielospecjalistycznych ocen)
 |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **Ocena efektywności pomocy udzielanej uczniowi**
 |
| **Obszar ewaluacji** | **Opis (z podaniem przyczyn w przypadku, gdy cele i/lub zadania nie zostały zrealizowane)** | **Wnioski do dalszej pracy** |
| **Ewaluacja wyniku (które cele zostały osiągnięte?)** |  |  |
| **Ewaluacja procesu (w jaki sposób zadania zostały zrealizowane?)** |  |  |

Czytelne podpisy uczestników zespołu oraz podpis Dyrektora