

**ARKUSZ INDYWIDUALNEGO PROGRAMU  
EDUKACYJNO-TERAPEUTYCZNEGO**

**I. Podstawowe informacje**

**Imię i nazwisko ucznia:**

**Data urodzenia:**

**Klasa:      rok szkolny:**

**Program opracowany na okres:**

(zgodnie z orzeczeniem)

**Wychowawca:**

**Podstawa objęcia pomocą psychologiczno – pedagogiczną:**

.....

**II. Rozpoznanie wynikające z orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego:**

.....

**III. Informacje wynikające z wielospecjalistycznej, funkcjonalnej diagnozy ucznia:**

Mocne strony ucznia	Słabe strony ucznia
-	-

Cele edukacyjne	Cele terapeutyczne
<b>ogólne:</b> - <b>szczegółowe:</b> - -	<b>ogólne:</b> <b>szczegółowe:</b>

**IV. Zakres i sposób dostosowania wymagań edukacyjnych wynikających z programu nauczania do indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych oraz możliwości psychofizycznych ucznia.**

<p><b>Środowisko fizyczne – otoczenie klasowe i szkolne</b> (integracja ze środowiskiem rówieśniczym, uczniami w tym pełnosprawnymi)</p>	
<p><b>Pomoce dydaktyczne</b> (warunki do nauki, sprzęt specjalistyczny i odpowiednie środki dydaktyczne)</p>	
<p><b>Organizacja pracy na lekcji</b></p>	
<p><b>Motywowanie do pracy</b></p>	
<p><b>Egzekwowanie wiedzy i umiejętności, zasady i kryteria oceniania</b></p>	
<p><b>Prace domowe</b></p>	
<p><b>Zintegrowane działania nauczycieli i specjalistów ukierunkowane na komunikowanie się ucznia z otoczeniem - alternatywne</b></p>	

<b>metody komunikacji</b>	
<b>Rodzaj i sposób dostosowania warunków organizacji kształcenia do rodzaju niepełnosprawności ucznia, w tym w zakresie wykorzystywania technologii wspomagających to kształcenie</b>	Formy technologii wspomagające kształcenie :

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

<b>Rodzaj zajęć</b>	<b>Wymiar godzin</b>	<b>Osoba prowadząca</b>	<b>Miejsce realizacji</b>	<b>Okres udzielonej pomocy</b>
Zajęcia rewalidacyjne				
Zakres doradztwa zawodowego – (klasy VII , VIII)				
Zajęcia związane z wyborem kierunku kształcenia i zawodu realizowane w ramach pomocy psychologiczno- -pedagogicznej				

## VI. Zajęcia specjalistyczne:

Zajęcia specjalistyczne:	Wymiar godzin	Osoba prowadząca	Miejsce realizacji	Okres udzielonej pomocy
Psychologiczne				
Pedagogiczne				
Logopedyczne				
Inne:				

## VII. Metody pracy z uczniem i sposób egzekwowania wiedzy i oceniania.

Wszystkie formy i metody pracy z uczniem powinny być nakierowane na wsparcie indywidualnego potencjału rozwojowego ucznia oraz uczenie go umiejętności współpracy i współdziałania w zespole.

Formy pracy: .....

Metody pracy: .....

## VIII. Działania wspierające rodziców ucznia (realizacja zaleceń zawartych w orzeczeniu)

.....

- Karta współpracy z rodzicami

## IX. Zakres współdziałania z poradniami psychologiczno – pedagogicznymi i innymi placówkami oświatowymi :

.....

- Karta współpracy ze specjalistami

*Osoby biorące udział w zebraniu zespołu są zobowiązane do nieujawniania spraw poruszanych na spotkaniu, które mogą naruszać dobra osobiste dziecka, jego rodziców, nauczycieli, wychowawców, specjalistów prowadzących zajęcia z uczniem, a także pozostałych osób biorących udział w spotkaniu.*

Data:

Podpis rodziców:

Podpisy członków Zespołu: .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

podpis Dyrektora Szkoły zatwierdzającego IPET

ROK SZKOLNY .....

Ustalone przez dyrektora formy, sposoby, okres udzielania uczniowi pomocy psychologiczno-pedagogicznej oraz wymiar godzin:

.....

.....

.....

Data.....

**Podpis wychowawcy**

**Podpis Dyrektora**

ROK SZKOLNY .....

Ustalone przez dyrektora formy, sposoby, okres udzielania uczniowi pomocy psychologiczno-pedagogicznej oraz wymiar godzin:

.....

.....

.....

**Podpis Dyrektora**

Data.....

**Podpis wychowawcy**

ROK SZKOLNY .....

Ustalone przez dyrektora formy, sposoby, okres udzielania uczniowi pomocy psychologiczno-pedagogicznej oraz wymiar godzin:

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

Data.....

**Podpis wychowawcy**

**Podpis Dyrektora**

ROK SZKOLNY .....

Ustalone przez dyrektora formy, sposoby, okres udzielania uczniowi pomocy psychologiczno-pedagogicznej oraz wymiar godzin:

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

**Podpis Dyrektora**

**Podpis wychowawcy**

ROK SZKOLNY .....

Ustalone przez dyrektora formy, sposoby, okres udzielania uczniowi pomocy psychologiczno-pedagogicznej oraz wymiar godzin:

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

Data.....

**Podpis wychowawcy**

**Podpis Dyrektora**

ROK SZKOLNY .....

Ustalone przez dyrektora formy, sposoby, okres udzielania uczniowi pomocy psychologiczno-pedagogicznej oraz wymiar godzin:

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

Data.....

**Podpis wychowawcy**

**Podpis Dyrektora**