

ARKUSZ INDYWIDUALNEGO PROGRAMU EDUKACYJNO – TERAPEUTYCZNEGO

I. METRYCZKA	
1. Imię i nazwisko ucznia/	
2. Klasa <i>(w momencie tworzenia IPET)</i>	Data urodzenia ucznia
3. Podstawa objęcia ucznia kształceniem specjalnym	Orzeczenie nr o potrzebie kształcenia specjalnego wydane przez Poradnię Psychologiczną – Pedagogiczną w z dnia r. Wpłynęło r.
4. Informacje z orzeczenia	
a) diagnoza - rozpoznanie wynikające z orzeczenia	
b) zalecenia	
5. Informacje z innej dokumentacji <i>(jakiej? Np. zaświadczenie lekarskie, diagnozy)</i>	
II. ZINTEGROWANE DZIAŁANIA NAUCZYCIELI I SPECJALISTÓW PRACUJĄCYCH Z UCZNIEM W CELU POPRAWY FUNKCJONOWANIA UCZNIA I WZMACNIANIU JEGO UCZESTNICTWA W ŻYCIU SZKOŁY:	
1. Nauczyciel pracujący z uczniem	
2. Działania o charakterze socjoterapeutycznym / terapeutycznym	
3. Działania o charakterze rewalidacyjnym	
4. Psycholog	
III. CELE PROGRAMU	
a) edukacyjne	
b) terapeutyczne	

IV. Zakres i sposób dostosowania wymagań edukacyjnych do indywidualnych potrzeb rozwojowych, edukacyjnych i możliwości psychofizycznych ucznia w tym rodzaj i sposób dostosowania warunków organizacji kształcenia oraz zakres wykorzystania technologii wspomagających kształcenie.

V. Działania wspierające rodziców ucznia (współdziałanie z poradniami psychologiczno- pedagogicznymi i specjalistycznymi, placówkami i instytucjami działającymi na rzecz rodziny itp.)

VI. Zakres współpracy nauczycieli i specjalistów z rodzicami w realizacji zaleceń zawartych w orzeczeniu o potrzebie kształcenia specjalnego.

VII. Zajęcia socjoterapeutyczne /rewalidacyjne/inne¹⁾ i sposób ich realizacji.

1. Zajęcia rewalidacyjne	Tygodniowy wymiar godzin
Zajęcia rewalidacyjne usprawniające zaburzone funkcje	2x60 min.
2. Formy i okres udzielania uczniowi pomocy psych.-ped. oraz wymiar godzin	
Rodzaj zajęć	Tygodniowy wymiar godzin
Zajęcia korekcyjno-kompensacyjne	
Zajęcia dydaktyczno-wyrównawcze	1x45 min ? j. angielski
Zajęcia rozwijające uzdolnienia	
Zajęcia logopedyczne	
Zajęcia rozwijające kompetencje emocjonalno- społeczne	
Zajęcia związane z wyborem kierunku kształcenia i zawodu	
Terapia psychologiczna	
Porady i konsultacje (psycholog, pedagog)	doraźnie w miarę potrzeb
Inne formy pomocy (rehabilitacja ruchowa, dowozy, opieka pielęgniarstwa)	

VIII. Okresowa ocena efektywności podejmowanych działań	
IX. Ewaluacja	
Data: Czytelne podpisy członków zespołu:	
Data i podpis rodzica:	