**Załącznik nr 5**

**INDYWIDUALNY PROGRAM EDUKACYJNO-TERAPEUTYCZNY**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko ucznia |  |
| Dane szkoły/placówki |  | Klasa |  |
| Wychowawca |  | Koordynator zespołu |  |
| Nr. orzeczenia |  | Data wystawienia orzeczenia |  |
| Orzeczenie wydano na okres |  |
| Podstawa opracowania IPET |  |
| Program opracowany na okres |  |
| **Zakres dostosowań wymagań edukacyjnych wynikających z programu nauczania do indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych oraz możliwości psychofizycznych ucznia** |
| **CELE** |
| EDUKACYJNE | TERAPEUTYCZNE |
|  |  |
| **Zakres dostosowań wymagań edukacyjnych wynikających z programu nauczania do indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych oraz możliwości psychofizycznych ucznia** |
| Warunki zewnętrzne (w tym stanowisko pracy) |  |
| Organizacja pracy na zajęciach |  |
| Prace domowe |  |
| Egzekwowanie wiedzy |  |
| Motywowanie i ocenianie |  |
| Sprzęt specjalistyczny i środki dydaktyczne |  |
| Rodzaj i sposób dostosowania warunków organizacji kształcenia do rodzaju niepełnosprawności ucznia, w tym w zakresie wykorzystania technologii wspomagających to kształcenie; |  |
| **Zakres dostosowań wymagań edukacyjnych wynikających z programu nauczania do indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych oraz możliwości psychofizycznych ucznia****FORMY I METODY PRACY** |
| Rodzajzajęć: | Formy pracy | Metody |
| Podczas zajęć obowiązkowych |  |  |
| Podczas zajęć dodatkowych |  |  |
| **Zakres zintegrowanych działań nauczycieli i specjalistów prowadzących zajęcia z uczniem** |  |  |
| Zakres działań o charakterze rewalidacyjnym |  |
| **Pomoc psychologiczno– pedagogiczna** |
| USTALENIA DOTYCZĄCE POMOCY |
| Formy pomocy psychologiczno-pedagogicznej udzielanej uczniowi | Forma | Okres udzielania pomocy | Wymiar godzin |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Zajęcia rewalidacyjne/resocjalizacyjne/socjoterapeutyczne** |  |  |
| Zajęcia rewalidacyjne ukierunkowane na rozwój poznawczyZajęcia z psychologiem |  |  |
| **WSPÓŁPRACA Z RODZICAMI** |
| Zakres współpracy z rodzicami | Działania wspierające rodziców |
| Realizacja zaleceń zawartych w orzeczeniu o potrzebie kształcenia specjalnego.  |  |
| Warunki do nauki, sprzęt specjalistyczny i środki dydaktyczne |  |
| Realizacja zajęć specjalistycznych, rewalidacyjnych, resocjalizacyjnych |  |
| Postępy edukacyjne  |  |
| Funkcjonowanie społeczne, integracja uczniów ze środowiskiem rówieśniczym, w tym z uczniami pełnosprawnymi, sprawy wychowawcze |  |
| **WSPÓŁPRACA Z INSTYTUCJAMI** |
| Nazwa i dane kontaktowe instytucji | Zakres współpracy | Okres współpracy | Osoby do kontaktu |
| PoradniaPPP |  |  |  |
| Placówki doskonalenia zawodowego |  |  |  |

**Czytelne podpisy uczestników zespołu** Podpis Dyrektora

…………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………