**Indywidualny program edukacyjno-terapeutyczny**

**na rok szkolny** ........................

Opracowany w dniu……………………. dla:

………………………………………………………………… kl.………………

**Podstawa opracowanego programu:**

Orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego, nr ……………. z dnia………………..

wydane przez…………………………………………………………………………………

1. **NAZWA PROGRAMU** – Indywidualny Pogram Edukacyjno – Terapeutyczny

z zakresu …………………………………………………………………………………..

1. **PRZEZNACZENIE PROGRAMU:**

Program jest przeznaczony dla ……………………………………………….., ucznia klasy …….. Szkoły……………………….. ……………..w …………………..................... Będzie realizowany w ciągu roku szkolnego ........w wymiarze ….. godzin tygodniowo. Zajęcia będą odbywały się w ……………………………………………………………

1. **CELE:**
* **rewalidacyjne:**
* ………………………………………………………………………………………………………………………….
* ………………………………………………………………………………………………………………………….

- **socjoterapeutyczne:**

* ………………………………………………………………………………………………………………………….
* ………………………………………………………………………………………………………………………….
* ………………………………………………………………………………………………………………………….
* ………………………………………………………………………………………………………………………….
* ………………………………………………………………………………………………………………………….
* **edukacyjne:**
* ………………………………………………………………………………………………………………………….
* ………………………………………………………………………………………………………………………….
* ………………………………………………………………………………………………………………………….
* ………………………………………………………………………………………………………………………….
* ………………………………………………………………………………………………………………………….
* **wychowawcze:**
* ………………………………………………………………………………………………………………………….
* ………………………………………………………………………………………………………………………….
* ………………………………………………………………………………………………………………………….
* ………………………………………………………………………………………………………………………….
* ………………………………………………………………………………………………………………………….
* **związane z wyborem kierunku kształcenia i zawodu:**
* ………………………………………………………………………………………………………………………….
* ………………………………………………………………………………………………………………………….
* ………………………………………………………………………………………………………………………….
* ………………………………………………………………………………………………………………………….
* ………………………………………………………………………………………………………………………….
1. **PROCEDURA OSIĄGANIA CELÓW**

 **Metody pracy:**

* ………………………………………………………………………………………………………………………….
* ………………………………………………………………………………………………………………………….
* ………………………………………………………………………………………………………………………….
* ………………………………………………………………………………………………………………………….
* ………………………………………………………………………………………………………………………….

**Formy pracy:**

* ………………………………………………………………………………………………………………………….
* ………………………………………………………………………………………………………………………….
* ………………………………………………………………………………………………………………………….
* ………………………………………………………………………………………………………………………….

**Sposoby udzielania pomocy:**

* ………………………………………………………………………………………………………………………….
* ………………………………………………………………………………………………………………………….
* ………………………………………………………………………………………………………………………….
* ………………………………………………………………………………………………………………………….
1. **PRZEWIDYWANE OSIĄGNIĘCIA UCZNIA:**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. **SPOSOBY EWALUACJI:**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

DATA, PODPIS CZŁONKÓW ZESPOŁU:

1. ……………………………………………………………
2. ……………………………………………………………
3. ……………………………………………………………
4. ……………………………………………………………
5. ……………………………………………………………
6. ……………………………………………………………

**A. Informacja o uczniu**:

1. Diagnoza medyczna: należy wskazać rodzaj dokumentów i rozpoznania będącego podstawą do udzielania uczniowi pomocy psychologiczno-pedagogicznej oraz zalecenia

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Diagnoza psychologiczno - pedagogiczna (*należy wskazać rodzaj dokumentów i rozpoznania będącego podstawą do udzielania uczniowi pomocy psychologiczno-pedagogicznej oraz zalecenia)*:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..….

1. Charakterystyka ucznia *(indywidualne potrzeby rozwojowe i edukacyjne, mocne strony, predyspozycje, zainteresowania i uzdolnienia ucznia):*

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Sytuacja rodzinna:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**B. Osoby uczestniczące w procesie wspomagania rozwoju:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko członka zespołu** | **Specjalność członka zespołu** | **Podpis** |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
| 5. |  |  |  |
| 6. |  |  |  |
| 7. |  |  |  |
| 8. |  |  |  |
| 9. |  |  |  |
| 10. |  |  |  |

**C. Zakres dostosowań wymagań edukacyjnych do indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych oraz możliwości psychofizycznych ucznia:**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**D. Rodzaj i zakres zintegrowanych działań nauczycieli i specjalistów prowadzących zajęcia z uczniem:**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**E. Pomoc psychologiczno - pedagogiczna udzielana uczniowi:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Formy pomocy | Sposoby pomocy | Osoba odpowiedzialna za realizację | Okres udzielania pomocy | Tygodniowy wymiar realizacji formy pomocy |
| Klasa terapeutyczna |  |  |  |  |
| Zajęcia rozwijające uzdolnienia |  |  |  |  |
| Zajęcia rozwijająceumiejętności uczenia się |  |  |  |  |
| Zajęcia dydaktyczno- wyrównawcze |  |  |  |  |
| Zajęcia korekcyjno- kompensacyjne |  |  |  |  |
| Zajęcia logopedyczne |  |  |  |  |
| Zajęcia socjoterapeutyczne |  |  |  |  |
| Inne zajęcia o charakterze terapeutycznym |  |  |  |  |
| Zajęcia związane z wyborem kierunku kształcenia i zawodu  |  |  |  |  |
| Zindywidualizowana ścieżka kształcenia |  |  |  |  |
| Porady i konsultacje dla uczniów |  |  |  |  |
| Warsztaty dla uczniów |  |  |  |  |
| Porady, konsultacje, warsztaty i szkolenia dla rodziców |  |  |  |  |
| Porady, konsultacje, warsztaty szkolenia dla nauczycieli |  |  |  |  |

**F. Działania wspierające rodziców ucznia:**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**G. Zakres współpracy nauczycieli i specjalistów z rodzicami uczniów** (*zalecenia dla rodziców)***.**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**H. Zakres współdziałania z poradniami psychologiczno-pedagogicznymi, w tym poradniami specjalistycznymi, placówkami doskonalenia nauczycieli, organizacjami pozarządowymi oraz innymi instytucjami działającymi na rzecz rodziny, dzieci i uczniów, itp. W procesie diagnostycznym i postdiagnostycznym:**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**I. Zajęcia odpowiednie ze względu na indywidualne potrzeby edukacyjne i rozwojowe oraz możliwości psychofizyczne ucznia:**

1. Rewalidacyjne.
2. Resocjalizacyjne.
3. Socjoterapeutyczne.
4. Związane z wyborem kształcenia i zawodu.
5. Inne:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**J. Okresowa wielospecjalistyczna ocena poziomu funkcjonowania ucznia (nie rzadziej niż dwa razy w roku szkolnym – raz po każdym semestrze):**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**K. Okresowa ocena efektywności programu w zakresie dostosowań:**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Na posiedzeniu w dniu ……………………………. Zespół dokonał oceny poziomu funkcjonowania ucznia w roku szkolnym ……………………:.**

|  |
| --- |
| Ustalenia dotyczące oceny poziomu funkcjonowania ucznia: |
| Ustalenia dotyczące modyfikacji programu (w miarę potrzeb): |

**Oceny dokonał zespół w składzie:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko członka zespołu | Specjalność członka zespołu | Podpis |
| 1*.* |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
| 5. |  |  |  |
| 6. |  |  |  |
| 7. |  |  |  |
| 8. |  |  |  |
| 9. |  |  |  |
| 10. |  |  |  |

**L. Uwagi:**

1. **Zespołu:**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**2. Rodziców ucznia:**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…

…………………………………………………………………..………

(podpis obecnego na zespole rodzica/ prawnego opiekuna)