**1. ZAKRES I SPOSÓB DOSTOSOWANIA WYMAGAŃ EDUKACYJNYCH Z UWZGLĘDNIENIEM METOD I FORM PRACY Z UCZNIEM (wytyczne do dostosowania programu nauczania)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ustalenie kierunku pracy/cele ogólne(z uwzględnieniem taksonomii celów ze względu na etapnauki) | Cele szczegółowe/spodziewane efekty(z uwzględnieniem taksonomii celów kształcenia; skierowane na wiedzę, umiejętności, postawy)  | Sytuacje edukacyjne(z uwzględnieniemmetod i form pracy oraz form organizacji pracy) | Uwagi |
| **Taki sam, ale inny** | **Techniki szkolne** |
|  |  |  |  |
| **Kultura osobista** |
|  |  |  |  |
| **Świadomość dorosłości** |
|  |  |  . |  |
| **Funkcjonowanie w szkole** |
|  |  |  |  |
| **Dbałość o zdrowie i bezpieczeństwo** |
|  |  |  |  |
| **Tożsamość narodowa** |
| . |  |  |  |
| **Funkcjonowanie w rodzinie** |
|  |  |  |  |
| **Samodzielność – prowadzenie gospodarstwa domowego** |
|  |  |   |  |
| **Komunikacja** |
|  |  |  |  |
| **Zainteresowania i kreatywność** |
|  |  |  |  |
| **Sprawność fizyczna** |
|  |  |  |  |
| **Aktywny społecznie** | **Kompetencje emocjonalno -społeczne** |
|  |  |  |  |
| **Działania prosposłeczne** |
|  |   |  |  |
| **Aktywny zawodowo** | **Kompetencje społeczno-zawodowe** |
|  |  |  |  |
| **Doradztwo zawodowe** |
|  |  |  |  |
| **Udział w praktykach wspomaganych** |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Sposób dostosowania warunków edukacyjnych:**(Jakie metody i formy pracy z uczniem zastosujemy?) |

**2. ZINTEGROWANE DZIAŁANIA NAUCZYCIELI , WYCHOWAWCÓW I SPECJALISTÓW**

**prowadzących z uczniem zajęcia o charakterze rewalidacyjnym\***

 ***ukierunkowane na poprawę funkcjonowania dziecka/ucznia, w tym – w zależności od potrzeb – ukierunkowane na poprawę komunikowania się dziecka/ucznia z otoczeniem, z użyciem wspomagających i alternatywnych metod komunikacji (AAC), oraz wzmacnianie jego uczestnictwa w życiu przedszkolnym lub szkolnym***

|  |  |
| --- | --- |
| **Kierunek zintegrowanych oddziaływań****nauczycieli, specjalistów i wychowawców** **(Nad czym pracujemy? Co chcemy osiągnąć?)** | **Zintegrowane działania o charakterze rewalidacyjnym****(Co robimy, żeby osiągnąć cel?)** |
| **Organizacja pracy edukacyjno-wychowawczej** |

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

 |
| **Funkcje poznawcze****( pamięć, uwaga, myślenie, spostrzeganie )** |  |
| **Techniki szkolne****(czytanie, pisanie, liczenie)** |   |
| **Rozwój społeczno-emocjonalny ,** **w tym uczestnictwo w życiu szkoły** |  |
| **Rozwój komunikacji z otoczeniem** |  |
| **Rozwój ruchowy** |  |

**3. FORMY I OKRES UDZIELANIA UCZNIOWI POMOCY PSYCHOLOGICZNO – PEDAGOGICZNEJ**

|  |  |
| --- | --- |
| **Formy pomocy psychologiczno-pedagogicznej udzielanej uczniowi** | **Okres udzielania pomocy psychologiczno-****pedagogicznej i wymiar godzin** |
| zajęcia rozwijające uzdolnienia (Wskazać, jakie.) |  |
| zajęcia rozwijające umiejętności uczenia się |  |
| zajęcia dydaktyczno-wyrównawcze\* (Wskazać, jakie.) |  |
| zajęcia specjalistyczne (Wskazać, jakie.):korekcyjno-kompensacyjne, logopedyczne, rozwijające kompetencje emocjonalno-społeczne, inne o charakterze terapeutycznym |  |
| zajęcia związane z wyborem kierunku kształcenia i zawodu |  |
| porady i konsultacje |  |
| warsztaty |  |
| inne |  |

**4. DZIAŁANIA WSPIERAJĄCE RODZICÓW UCZNIA**

**(w razie potrzeby: ZAKRES WSPÓŁDZIAŁANIA Z INSTYTUCJAMI)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Zakres wspierania**(wspólne ustalenia dotyczące tego, co robimy – dla ujednolicenia oddziaływań szkoła/dom) | **Zaproponowana częstotliwość****i forma udzielania**wsparcia (porady, konsultacje, warsztaty, szkolenia, grupa wsparcia) |
| **w rozwiązywaniu problemów wychowawczych**(Wskazać konkretnie, jakich.) |  |
| **w rozwiązywaniu problemów dydaktycznych** (Wskazać konkretnie, jakich.) |  |
| **w rozwijaniu umiejętności wychowawczych rodziców** (Wskazać konkretnie, jakich.) |  |

|  |
| --- |
| **ZAKRES WSPÓŁDZIAŁANIA Z INSTYTUCJAMI DZIAŁAJĄCYMI NA RZECZ DZIECKA I JEGO RODZINY** |
| Współpraca z: | W jakim zakresie |
| Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Słupcy |  |
| Innymi instytucjami |  |

**5. ZAJĘCIA REWALIDACYJNE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Rodzaj zajęć rewalidacyjnych (nazwa)** | **Tygodniowy wymiar czasu zajęć** |
|  |  |
|  |  |

**6. ZAKRES WSPÓŁPRACY NAUCZYCIELI, WYCHOWAWCÓW I SPECJALISTÓW Z RODZICAMI UCZNIA**

 **w realizowaniu przez szkołę zadań związanych z organizowaniem kształcenia specjalnego**

|  |  |
| --- | --- |
| **Zadania szkoły** | **Zakres współpracy nauczycieli i specjalistów****z rodzicami ucznia w realizacji zadań** |
| realizacja zaleceń zawartych w orzeczeniu o potrzebiekształcenia specjalnego |  |
| zapewnienie warunków do nauki |  |
| zapewnienie zajęć specjalistycznych z zakresu pomocy psychologiczno-pedagogicznej |  |
| zapewnienie innych zajęć (odpowiednich ze względu na indywidualne potrzeby rozwojowe i edukacyjne oraz możliwości psychofizyczne) w szczególności zajęć rewalidacyjnych. |  |
| integracja ze środowiskiem rówieśniczym, w tym z uczniami pełnosprawnymi. |  |
| przygotowanie uczniów do samodzielności w życiu dorosłym– w tym działania z zakresu doradztwa zawodowego |  |

**7. RODZAJ I SPOSÓB DOSTOSOWANIA WARUNKÓW ORGANIZACJI KSZTAŁCENIA DO RODZAJU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI UCZNIA, W TYM W ZAKRESIE WYKORZYSTANIA TECHNOLOGII WSPOMAGAJĄCYCH TO KSZTAŁCENIE (w zależności od potrzeb)**

|  |
| --- |
|  |

Wskazanie to dotyczy każdego rozwiązania, elementu wyposażenia czy produktu, które mogą być wykorzystane do zachowania lub poprawy możliwości funkcjonalnych dziecka lub ucznia np. pomocnicze, adaptacyjne i rehabilitacyjne urządzenia osób niepełnosprawnych.

**8. ZAJĘCIA EDUKACYJNE REALIZOWANE INDYWIDUALNIE Z UCZNIEM**

 **LUB W GRUPIE LICZĄCEJ DO 5 OSÓB**

(w zależności od indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych oraz możliwości psychofizycznych ucznia wskazanych w orzeczeniu o potrzebie kształcenia specjalnego lub wynikających z wielospecjalistycznej oceny funkcjonowania ucznia)

|  |
| --- |
| Nie dotyczy |

**9**. . **ZATWIERDZENIE IPET**

 IPET opracowany i zatwierdzony został przez Zespół Terapeutyczny w składzie :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Osoby uczestniczące w posiedzeniu zespołu:**nazwisko, imię | **Specjalność/funkcja** np**.** nauczyciel, nauczyciel –wychowawca, nauczyciel- specjalista, rodzic, dyrektor, osoby zaproszone przez dyrektora lub rodziców | **podpis** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Zatwierdzenie przez dyrektora ZNSiPO Potwierdzenie uczestnictwa w procesie tworzenia

 IPET oraz otrzymania kopii programu

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

 data , podpis data , podpis rodzica

**10. MODYFIKACJE IPET**

 dokonywane w miarę potrzeb, z uwzględnieniem oceny efektywności programu.

 Kolejne modyfikacje są załącznikami do niniejszego programu.

**Załącznik do IPET - modyfikacja programu**

Imię i nazwisko ucznia : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

|  |  |
| --- | --- |
| Nr modyfikacji |  |
| Data posiedzenia ZT w celu określenia zakresu niezbędnej modyfikacji IPET: |  |
| Przyczyna modyfikacji IPET: |  |
| Zakres modyfikacji IPET: |  |

Zespół Terapeutyczny dokonujący modyfikacji :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Osoby uczestniczące w posiedzeniu ZT :**nazwisko , imię | **Specjalność/funkcja** np**.** nauczyciel, nauczyciel –wychowawca, nauczyciel- specjalista, rodzic, dyrektor, osoby zaproszone przez dyrektora lub rodziców | **podpis** |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |
| 5. |  |  |
| 6. |  |  |

 Zatwierdzenie przez dyrektora ZNSiPO Potwierdzenie uczestnictwa w procesie modyfikacji IPET

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

 data , podpis data , podpis rodzica