INDYWIDUALNY PROGRAM EDUKACYJNO – TERAPEUTYCZNY

dla …………………………………………………………………………..

ucznia z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym / znacznym

w szkole podstawowej

Data posiedzenia zespołu nauczycieli i specjalistów w celu opracowania IPET: …….………

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| lp | Informacje podstawowe | |
| 1 | Numer orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego |  |
| 2 | Nazwa poradni psychologiczno-pedagogicznej, która wydała  orzeczenie |  |
| 3 | Okres, na jaki wydano orzeczenie: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Obszary warunkujące rozwój dziecka wyłonione w wyniku wielospecjalistycznej oceny poziomu funkcjonowania  ucznia (planowany zakres i charakter wsparcia) | | | |
| **Obszary funkcjonowania ucznia** | **Co rozwijamy?** | **Co usprawniamy?** | **Co utrwalamy?** |
| sprawność fizyczna  (mała i duża motoryka) |  |  |  |
| przetwarzanie zmysłowe i integracja  sensoryczna |  |  |  |
| umiejętności komunikacyjne |  |  |  |
| procesy poznawcze (uwaga, spostrzeganie,  pamięć, myślenie) |  |  |  |
| techniki szkolne (czytanie, pisanie,liczenie) wiadomości i umiejętności  szkolne |  |  |  |
| zainteresowania i uzdolnienia |  |  |  |
| samodzielność |  |  |  |
| umiejętności społeczne (kontakty/relacje z innymi, przestrzeganie ustalonych  zasad) |  |  |  |
| kontrola emocji |  |  |  |
| motywacja do różnych działań i podejmowanie  działań prospołecznych |  |  |  |
| funkcjonowanie i uczestnictwo w życiu  szkoły | **Co rozwijamy ?** | **Co usprawniamy?** | **Co niwelujemy?** |

**1. ZAKRES I SPOSÓB DOSTOSOWANIA WYMAGAŃ EDUKACYJNYCH DO INDYWIDUALNYCH POTRZEB**

**ROZWOJOWYCH I EDUKACYJNYCH ORAZ MOŻLIWOŚCI PSYCHOFIZYCZNYCH UCZNIA , 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 etap**  **nauki)** | | **Cele szczegółowe/**  **spodziewane efekty**  **(z uwzględnieniem taksonomii celów**  **kształcenia; skierowane na wiedzę,**  **umiejętności, postawy)** | **Sytuacje edukacyjne**  **(z uwzględnieniem**  **metod i form pracy oraz**  **form organizacji pracy)** | **Uwagi/**  **ewaluacja** |
| **UCZEŃ** | Tożsamość ucznia |  |  |  |
| Umiejętność jedzenia |  |  |  |
| Umiejętność ubierania się |  |  |  |
| Higiena osobista |  |  |  |
| Potrzeby fizjologiczne |  |  |  |
| Sygnalizowanie samopoczucia |  |  |  |
| **UCZEŃ I OTOCZENIE** | Funkcjonowanie w rodzinie |  |  |  |
| Funkcjonowanie w szkole |  |  |  |
| Komunikacja interpersonalna |  |  |  |
| Funkcjonowanie w społeczności  lokalnej |  |  |  |
| Funkcjonowanie społeczne |  |  |  |
| Funkcjonowanie przyrodnicze |  |  |  |
| Dbałość o zdrowie |  |  |  |
| Zachowanie w czasie choroby |  |  |  |
| Cechy świadomego konsumenta |  |  |  |
| Korzystanie z urządzeń technicznych |  |  |  |
| Korzystanie z technologii informacyjnej |  |  |  |
| Dbałość o bezpieczeństwo |  |  |  |
| Korzystanie z kultury i rozrywki |  |  |  |
| Spędzanie czasu wolnego |  |  |  |
| Świadomość dorosłości |  |  |  |

|  |
| --- |
| **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?)** |
|  |  |
|  |  |

**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 kompetencjeemocjonalno-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.) |  |

**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 potrzebie  kształcenia 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)

|  |
| --- |
|  |

**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** |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |
| 5. |  |  |
| 6. |  |  |

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