………………………………………………………………

pieczęć placówki

**INDYWIDUALNY PROGRAM ZAJĘĆ REWALIDACYJNO - WYCHOWAWCZYCH (IPRW)**

Nr ................................................. \*

( numer odpowiadający nr. wychowanka z księgi wychowanków / nr .orzeczenia którego program dotyczy / rok sporządzenia programu )

**na okres :** ...........................

(wpisać okres na jaki zostało wydane orzeczenie )

**Podstawy opracowania programu :**

1. Rozporządzenie MEN z z dnia 23 kwietnia 2013 r.w sprawie warunków i sposobu organizowania zajęć rewalidacyjno-wychowawczych dla dzieci i młodzieży z upośledzeniem umysłowym w stopniu głębokim ( Dz.U. z 2013 r. poz.529 )
2. Wielospecjalistyczna ocena poziomu funkcjonowania wychowanka dokonana przez Zespół Terapeutyczny.
3. Obserwacja funkcjonowania wychowanka
4. Orzeczenie o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych nr...................... z dnia ......................................

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **METRYCZKA** | | | | | |
| Imię i nazwisko wychowanka |  | | Data i miejsce urodzenia |  | |
| Rodzaj niepełnosprawności | upośledzenie umysłowe w stopniu głębokim  dodatkowe schorzenia : | | | | |
| Dodatkowe ważne informacje które należy uwzględnić w pracy z dzieckiem |  | | | | |
| Zalecenia Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej zawarte w orzeczeniu |  | | | | |
| Imię i nazwisko wychowawcy |  | Data opracowania programu | | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CELE REALIZOWANYCH ZAJĘĆ** | | | |
| OBSZAR ZAJĘĆ | CELE ZAJĘĆ | | OCZEKIWANE EFEKTY |
| OGÓLNE | SZCZEGÓŁOWE / sposób realizacji lub procedura osiągania celu / |
| 1.Nauka nawiązywania kontaktów |  |  |  |
| 2.Komunikowanie się z otoczeniem |  |  |  |
| 3.Usprawnianie ruchowe i psychoruchowe w zakresie dużej i małej motoryki . Wyrabianie orientacji w schemacie własnego ciała i orientacji przestrzennej |  |  |  |
| 4.Osiąganie optymalnego poziomu samodzielności w podstawowych sferach życia |  |  |  |
| 5.Zainteresowanie otoczeniem , wielozmysłowe poznawanie otoczenia , nauka rozumienia zachodzących w nim zjawisk , umiejętność funkcjonowania w otoczeniu |  |  |  |
| 6.Umiejętność współżycia w grupie |  |  |  |
| 7.Nauka celowego działania |  |  |  |

**FORMY I OKRES UDZIELANIA POMOCY PSYCHOLOGICZNO – PEDAGOGICZNEJ**

|  |  |
| --- | --- |
| **Formy pomocy psychologiczno-pedagogicznej udzielanej uczniowi** | **Okres udzielania pomocy psychologiczno-**  **pedagogicznej i wymiar godzin** |
| zajęcia specjalistyczne (Wskazać, jakie.):   * logopedyczne * inne o charakterze terapeutycznym |  |
| porady i konsultacje dla rodziców z psychologiem/pedagogiem | udzielane w zależności od aktualnej sytuacji i potrzeb |

|  |  |
| --- | --- |
| **ZAKRES DOSTOSOWAŃ** | |
| warunki zewnętrzne (w tym stanowisko pracy) |  |
| organizacja pracy na zajęciach |  |
| motywowanie i ocenianie |  |
| sprzęt specjalistyczny i środki dydaktyczne |  |
| inne |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **FORMY I METODY PRACY** | | |
| Rodzaj zajęć | Formy pracy | metody |
| Podczas obowiązkowych zajęć zespołowych |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **ZAKRES WSPÓŁPRACY Z RODZICAMI (opiekunami prawnymi)** | |
| Działania wspierające rodziców |  |
| Zakres współpracy nauczycieli i specjalistów z rodzicami w realizacji zadań |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ZAKRES WSPÓŁPRACY Z INSTYTUCJAMI** | | | |
| Nazwa i dane kontaktowe instytucji | Zakres współpracy | Okres współpracy | Osoby do kontaktu |
| Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna |  |  |  |
| Inne instytucje : |  |  |  |

**Indywidualny Program Zajęć Rewalidacyjno-Wychowawczych**

**opracowany i zatwierdzony został przez Zespół Terapeutyczny w składzie :**

Potwierdzenie uczestnictwa w procesie tworzenia IPRW

oraz otrzymania kopii programu

…………………………………………………………………………

data i podpis rodzica

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

Imię i nazwisko specjalność podpis

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

Imię i nazwisko specjalność podpis

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

Imię i nazwisko specjalność podpis

Zatwierdzenie przez dyrektora ZNSiPO

...................................................................

data , podpis

**Indywidualny** **Program Zajęć Rewalidacyjno-Wychowawczych opracowano we współpracy z psychologiem**

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

Imię i nazwisko specjalność podpis