**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 : …………………………………Mrowiński Kamil………………………………………………………………………………….

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