**Załącznik do IPRW z dnia ............................................**



**MODYFIKACJA nr.................**

**INDYWIDUALNEGO PROGRAMU ZAJĘĆ REWALIDACYJNO – WYCHOWAWCZYCH (IPRW)**

|  |
| --- |
| Imię i nazwisko wychowanka ..............................................................................................................................Rok szk.............................................grupa wych................ |
| Podstawa dokonania modyfikacji  | Ocena funkcjonowania uczestnika zajęć z dnia .............................. |
| Data posiedzenia ZT w celu określenia zakresu niezbędnej modyfikacji IPRW: |  |
| Przyczyna modyfikacji IPRW: |  |

**ZAKRES MODYFIKACJI** ( wprowadzone zmiany dokonywane w IPRW dotyczą jedynie tych obszarów, działań, form wsparcia, celów itp., które ulegają zmianie.)

|  |
| --- |
| **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 |  |  |  |

**Modyfikacja IPRW opracowana została przez Zespół Terapeutyczny w składzie :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Skład Zespołu Terapeutycznego**nazwisko , imię | **Specjalność/funkcja**np**.** nauczyciel, nauczyciel –wychowawca, nauczyciel- specjalista(jaki), rodzic, dyrektor, osoby zaproszone przez dyrektora lub rodziców | **podpis** |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |

 Dyrektor ZNSiPO

 …………………………………………………..

 data , podpis **OŚWIADCZENIE RODZICA/PRAWNEGO OPIEKUNA**

Oświadczam, że:

- zostałem/am zaproszony na posiedzenie Zespołu Terapeutycznego w celu współuczestnictwa w tworzeniu modyfikacji IPRW

- zapoznałem/am się z treścią modyfikacji IPRW,

- nie wnoszę zastrzeżeń do treści modyfikacji IPRW **/** wnoszę następujące uwagi do modyfikacji IPRW\*

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

- otrzymałem/am ksero modyfikacji IPRW **/** rezygnuję z otrzymania kserokopii modyfikacji IPRW\*

 **.....................................................................**

data , podpis rodzica