**Załącznik do IPET z dnia ............................................**



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

**INDYWIDUALNEGO PROGRAMU EDUKACYJNO TERAPEUTYCZNEGO (IPET)**

( szkoła przysposabiająca do pracy)

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko ucznia ........................................................................................................................................Rok szk.............................................klasa ....................... | |
| Podstawa dokonania modyfikacji | WOPFU z dnia .................................................. |
| Data posiedzenia ZT w celu określenia zakresu niezbędnej modyfikacji IPET: |  |
| Przyczyna modyfikacji IPET: | * Uwzględnienie zakresu zmian w funkcjonowaniu ucznia * Wprowadzenie nowych form wsparcia * Sytuacja zdrowotna ucznia |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Obszary** | | **Cele ogólne**  \*wynikające z podstawy programowej, kierunek dążenia | **Cele szczegółowe**  \*spodziewane efekty kształcenia, jakie nauczyciel pragnie uzyskać w wyniku zorganizowanego przez siebie procesu dydaktycznego  ( skierowane na wiedzę, umiejętności, postawy, pożądane zachowania) | **Uwagi** |
| **Funkcjonowanie osobiste i społeczne** | **Czytanie, pisanie** |  |  |  |
| **Pojęcia matematyczne** |  |  |  |
| **Wiadomości i umiejętności z zakresu środowiska społeczno-kulturowego** |  |  |  |
| Z**ajęcia rozwijające komunikowanie si** | **Porozumiewanie się w mowie lub za pomocą metod alternatywnych** |  |  |  |
| **Odbieranie , przekazywanie i wykorzystanie informacji z wykorzystaniem technologii informacyjno-komunikacyjnej** |  |  |  |
| **Umiejętność autoprezentacji** |  |  |  |
| Zajęcia kształtujące kreatywność | **zajęcia stolarskie i majsterkowanie** |  |  |  |
| **zajęcia rękodzielnicze i artystyczne** |  |  |  |
| **zajęcia krawieckie** |  |  |  |
| **zajęcia muzyczne** |  |  |  |
| **zajęcia dekoracyjne** |  |  |  |
| **zajęcia z zakresu autoprezentacji**  ( występy , wystawy) |  |  |  |
| Przysposobienie do pracy | **gospodarstwo domowe** |  |  |  |
| **przygotowanie i podawanie potraw** |  |  |  |
| **rękodzieło** |  |  |  |
| **Zdrowie i higiena , pierwsza pomoc** |  |  |  |
| **Technologia informacyjna i biurowa** |  |  |  |
| **Praca i wypoczynek** |  |  |  |
| Wychowanie fizyczne | **Mała motoryka** |  |  |  |
| **Duża motoryka** |  |  |  |
| **Zdolności motoryczne** |  |  |  |
| **Współdziałanie w zespole** |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **metody** | **Formy pracy** | **środki dydaktyczne** |
| Bez zmian | Bez zmian | Bez zmian |

|  |  |
| --- | --- |
| **IV.**  **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?)** |
| bez zmian | bez zmian |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **V. POMOC PSYCHOLOGICZNO - PDAGOGICZNA** | |  |
| **Formy pomocy psychologiczno-pedagogicznej udzielanej uczniowi** | **Okres udzielania pomocy** | **Wymiar godzin** |
| zajęcia logopedyczne | bez zmian |  |
| zajęcia korekcyjno-kompensacyjne |  |  |
| rozwijające kompetencje emocjonalno-społeczne, | Rezygnacja rodzica w okresie II półrocza roku ........../........ |  |
| inne o charakterze terapeutycznym , jakie : ( nazwa ) |  |  |
| zajęcia związane z wyborem kierunku kształcenia i zawodu |  |  |
| porady i konsultacje |  |  |
| warsztaty |  |  |
| Inne Terapia metodą Tomatisa | Okres II półrocza roku ........../........ | 1 sesja ( 13 dni) |

|  |  |
| --- | --- |
| **VI. ZAJĘCIA REWALDACYJNE** | |
| **Rodzaj zajęć rewalidacyjnych (nazwa)** | **Tygodniowy wymiar czasu zajęć** |
| rewalidacja funkcji poznawczych (pedagogiczna) | Bez zmian |
| rewalidacja mowy i komunikacji | Bez zmian |
| rewalidacja funkcji motorycznych – (usprawnianie ruchowe) | Bez zmian |
| rewalidacja funkcji motorycznych – (gimnastyka korekcyjno-kompensacyjna) | Bez zmian |

|  |  |
| --- | --- |
| **VII. 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) |
| Bez zmian | Bez zmian |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **VIII. 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** | | |
| **Oczekiwania wobec nauczycieli/specjalistów** | **Oczekiwania wobec rodziców** | |
| * realizacja zaleceń zawartych w orzeczeniu o potrzebie kształcenia specjalnego, * zapewnienie zajęć (odpowiednich ze względu na indywidualne potrzeby rozwojowe i edukacyjne oraz możliwości psychofizyczne) w szczególności zajęć rewalidacyjnych, * zapewnienie pomocy psychologiczno-pedagogicznej | Bez zmian | | Bez zmian |
| * zapewnienie warunków do nauki | Bez zmian | | Bez zmian |
| * kontaktowanie się i przepływ informacji | Bez zmian | | Bez zmian |
| * integracja ze środowiskiem rówieśniczym, w tym z uczniami pełnosprawnymi | Bez zmian | | Bez zmian |
| * przygotowanie uczniów do samodzielności w życiu dorosłym– w tym działania z zakresu doradztwa zawodowego | Bez zmian | | Bez zmian |

|  |
| --- |
| **IX. RODZAJ I SPOSÓB DOSTOSOWANIA WARUNKÓW ORGANIZACJI KSZTAŁCENIA DO RODZAJU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI UCZNIA,**  w tym w zakresie wykorzystania technologii wspomagających to kształcenie (w zależności od potrzeb) |
| Bez zmian |

|  |
| --- |
| **X. WYBRANE 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) |
| Bez zmian |

**Modyfikacja IPET 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 modyfikacji IPET

- zapoznałem/am się z treścią modyfikacji IPET,

- nie wnoszę zastrzeżeń do treści modyfikacji IPET **/** wnoszę następujące uwagi do modyfikacji

IPET\*

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

- otrzymałem/am ksero modyfikacji IPET **/** rezygnuję z otrzymania kserokopii modyfikacji IPET

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

data , podpis rodzica