**Indywidualny Program Wczesnego Wspomagania Rozwoju Dziecka**

(podstawa prawna: Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 24 sierpnia 2017r. w sprawie organizowania wczesnego wspomagania rozwoju dzieci (Dz. U. z 2017 r. poz. 1635)

**I. DANE DZIECKA**

Imię i nazwisko dziecka:…………………………………………………………………………………………………………………………………………. Data urodzenia: …………………………….………………………………….

Podstawa opracowania IPT: opinia o potrzebie wwr nr wydana przez………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………….

Rozpoznanie:………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………….

Ilość godzin WWRD:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Rok szkolny |  |  |  |  |  |  |  |
| Ilość godz/mc |  |  |  |  |  |  |  |

**II**. **WIELOPROFILOWA DIAGNOZA UWZGLĘDNIAJĄCA POSZCZEGÓLNE SFERY FUNKCJONOWANIA DZIECKA** data opracowania …………………………….

|  |  |
| --- | --- |
| Sfera społeczno-emocjonalna |  |
| Sfera poznawcza( uwaga, pamięć, wyobraźnia, myślenie, naśladownictwo) |  |
| Samoobsługa |  |
| Komunikacja |  |
| Integracja sensoryczna |  |
| Sprawność motoryczna |  |

**III. ODNIESIENIE DIAGNOZY DO PROGRAMOWANIA PROCESU WSPOMAGANIA** data opracowania …………………………….

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Sfera rozwoju Dziecka | Cel ogólny | Cele szczegółowe (wskazanie aktywności mieszczącej się w sferze najbliższego rozwoju) | Programowanie procesu wspomagania rozwoju (aktywności/ czynności) | Metody wspomagające funkcje (procesy) biorące udział w aktywności/ czynności |
| Sfera społeczno-emocjonalna |  |  |  |  |
| Sfera poznawcza( uwaga, pamięć, wyobraźnia, myślenie, naśladownictwo) |  |  |  |  |
| Samoobsługa |  |  |  |  |
| Komunikacja |  |  |  |  |
| Integracja sensoryczna |  |  |  |  |
| Sprawność motoryczna |  |  |  |  |

**III. PSYCHOPEDAGOGICZNA POMOC RODZINIE (OPIS)**

**IV. POMOC SPOŁECZNO-EKONOMICZNA (OPIS)**

**V. ANALIZA SKUTECZNOŚCI POMOCY UDZIELANEJ DZIECKU I JEGO RODZINIE, WPROWADZENIE ZMIAN W PROGRAMIE STOSOWANIE DO POTRZEB DZIECKA**

 **I JEGO RODZINY, PLANOWANIE DALSZYCH DZIAŁAŃ Z OKREŚLENIEM CZASOWYM**

**Zespół WWRD:**

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

 Imię i nazwisko specjalność podpis

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

 Imię i nazwisko specjalność podpis

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

 Imię i nazwisko specjalność podpis

 **Dyrektor ZNSiPO**

 …………………………………………………..

 data , podpis

**OŚWIADCZENIE RODZICA/PRAWNEGO OPIEKUNA**

Oświadczam, że:

- zostałem/am zaproszony na posiedzenie Zespołu Terapeutycznego w celu współuczestnictwa w **opracowaniu Indywidualnego Programu Wczesnego Wspomagania Rozwoju Dziecka**

- zapoznałem/am się z treścią programu,

- nie wnoszę zastrzeżeń do treści programu**/** wnoszę następujące uwagi do programu

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

- otrzymałem/am ksero programu **/** rezygnuję z otrzymania kserokopii programu

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

data , podpis rodzica