**Załącznik do INDYWIDUALNEGO PROGRAMU WCZESNEGO WSPOMAGANIA - modyfikacja programu**

Imię i nazwisko dziecka : …………………………………………………….......................................………………………………………………………………………………………….

|  |
| --- |
| Okres na jaki przygotowano modyfikację ;..................................... |
| Data posiedzenia zespołu WWR w celu określenia zakresu niezbędnej modyfikacji programu:................................ |
| Przyczyna modyfikacji Indywidualnego programu WWR:................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................ |

Zakres modyfikacji programu :

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

PSYCHOPEDAGOGICZNA POMOC RODZINIE :

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

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

Zespół WWR dokonujący modyfikacji :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Osoby uczestniczące w posiedzeniu Zespołu :**nazwisko , imię | **Specjalność/funkcja** | **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 Programu Wczesnego Wspomagania Rozwoju**

- zapoznałem/am się z treścią modyfikacji

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

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

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

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

data , podpis rodzica