|  |
| --- |
| **Indywidualny Program Edukacyjno - Terapeutyczny** |
| **Data założenia karty/ rok szkolny** | ………. / rok szkolny ………… |
| **Imię/imiona i nazwisko ucznia** | …………………………………. |
| **Nazwa szkoły/Klasa** | ……………………………………………..Klasa ….. |
| **Podstawa tworzenia programu** |
| Orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego | Data wydania orzeczenia: …………….. Numer orzeczenia: ………………  |
| **Rozpoznanie wynikające z orzeczenia Poradni Psychologiczno - Pedagogicznej** |
|  |
| **Wyniki rozpoznania z wielospecjalistycznej oceny poziomu funkcjonowania ucznia ( zostawiłabym to jako przykład )** |
| Mocne strony  | Trudności (skutki niepełnosprawności) | Funkcjonowanie w grupie klasowej |
|  | ; |  |

|  |
| --- |
| **Zakres zintegrowanych działań ( Co robić – według opinii i według własnych obserwacji )**  |
| Cele terapeutyczne | Cele edukacyjne |
|  |  |
| **Zakres dostosowań (dotyczy wszelkich działań prowadzonych w szkole)** |
| warunki zewnętrzne |  |
| organizacja pracy na zajęciach |  |
| prace domowe |  |
| egzekwowanie wiedzy |  |
| motywowanie i ocenianie |  |
| sprzęt specjalistyczny, środki dydaktyczne |  |
| inne |  |
| **Zakres dostosowania wymagań edukacyjnych ( tu należy znaleźć informacje w jaki sposób dostosowujemy pracę z uczniem na poszczególnych zajęciach, biorąc pod uwagę schorzenie, to również często wynika z opinii z PP )**  |
| **PRZEDMIOT/ GRUPA PRZEDMIOTÓW** | **METODY I FORMY PRACY DOSTOSOWANE DO POTRZEB UCZNIA** |
| JĘZYK POLSKI |  |
| MATEMATYKA  |  |
| BIOLOGIA  |  |
| WYCHOWANIE FIZYCZNE  |  |
| HISTORIAWIEDZA O SPOŁECZEŃSTWIE | ,  |
| FIZYKA  | . |
| GEOGRAFIA  |  |
|  INFORMATYKA |  |
|  JĘZYKI OBCE  | .  |
| CHEMIA |  |
| RELIGIA |  |
| PRZEDMIOTY ZAWODOWE |  |
| INNE |  |

|  |
| --- |
| **Procedury osiągania celów** |
| Metody, formy i środki dydaktyczne | Rodzaj pomocy i wsparcia w czasie zajęć dydaktycznych |
|  | * .
 |
| **Wykaz zajęć dodatkowych** |
| **Zajęcia z pomocy psychologiczno-pedagogicznej** |
| Rodzaj zajęć: | liczba godzin/tydzień: | Prowadzący |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  **Zajęcia rewalidacyjne** |
| Rodzaj zajęć:  | liczba godzin/tydzień: | Prowadzący: |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **Zakres współpracy z rodzicami ucznia oraz innymi podmiotami (w zależności od potrzeb)** |
|  |
| **Ewaluacja IPET** **(ocena efektywności podejmowanych działań i informacje o wprowadzanych modyfikacjach)** |
| To potem 😊   |
| **Zatwierdzenie IPET** |
| Podpisy członków zespołu |   |
| Data i podpis osoby przygotowującej IPET |   | Data i podpis Dyrektora szkoły |   | Data i podpis rodzica |   |