|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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 |  | | |
| HISTORIA  WIEDZA 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 |  |