……………………………

(Pieczątka przedszkola)

**INDYWIDUALNY PROGRAM EDUKACYJNO**

**TERAPEUTYCZNY (IPET)**

*(przykładowy wzór sporządzony na cele szkolenia)*

**I. DANE DZIECKA**

**1. Imię i nazwisko**: ……………………………………………………………………………………………..

**2. Data urodzenia:** ……………………………………………………………………………………………..

**3. Oddział/grupa:** ……………………………………………………………………………………………...

**3. Podstawa objęcia pomocą psychologiczno - pedagogiczną:**…………………………………………………………………………………………………………………...  
**4. Zalecenia zawarte w orzeczeniu:**

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

**5. Cele edukacyjne:**

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

**6. Cele terapeutyczne:**

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

**II. ZAKRES I SPOSÓB DOSTOSOWANIA PROGRAMU NAUCZANIA ORAZ WYMAGAŃ EDUKACYJNYCH DO INDYWIDUALNYCH POTRZEB ROZWOJOWYCH I EDUKACYJNYCH ORAZ MOŻLIWOŚCI PSYCHOFIZYCZNYCH DZIECKA W SZCZEGÓLNOŚCI PRZEZ ZASTOSOWANIE ODPOWIEDNICH METOD I FORM** **PRACY** (*§ 6 ust.1 pkt 1)*

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Treści nauczania** | |
| Jako załącznik dostosowania treści z zakresu wychowania przedszkolnego |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 1. **Metody i formy pracy** |  |
| 1. **Środki dydaktyczne** |  |

**III. ZINTEGROWANE DZIAŁANIA NAUCZYCIELI I SPECJALISTÓW ukierunkowane na poprawę funkcjonowanie dziecka oraz wzmacnianie jego uczestnictwa w życiu placówki** (*§ 6 ust.1 pkt 2)*

**IV.** **FORMY I OKRES UDZIELANIA POMOCY PSYCHOLOGICZNO – PEDAGOGICZNEJ**(*§ 6 ust.1 pkt 3)*

**V. DZIAŁANIA WSPIERAJĄCE RODZICÓW ORAZ ZAKRES WSPÓŁPRACY NAUCZYCIELI I SPECJALISTÓW** (*§ 6 ust.1 pkt. 4)*

**VI. Zajęcia Rewalidacyjne, Resocjalizacyjne I Socjoterapeutyczne Oraz Inne Zajęcia, Odpowiednie Ze Względu Na Indywidualne Potrzeby Rozwojowe I Edukacyjne Oraz Możliwości Psychofizyczne Ucznia, A Także Zajęcia Z Zakresu Doradztwa Zawodowego Lub Zajęcia Związane Z Wyborem Kierunku Kształcenia I Zawodu.** (§6.1.5)

**VII. ZAKRES WSPÓŁPRACY NAUCZYCIELI I SPECJALISTÓW** (§6.1.6)

**VIII. RODZAJ I SPOSÓB DOSTOSOWANIA WARUNKÓW ORGANIZACJI KSZTAŁCENIA DO RODZAJU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI UCZNIA, W TYM W ZAKRESIE WYKORZYSTANIA TECHNOLOGII WSPOMAGAJĄCYCH TO KSZTAŁCENIE.** (*§ 6 ust.1 pkt 7)*

**IX. ZAJĘCIA EDUKACYJNE, KTÓRE SĄ REALIZOWANE INDYWIDUALNIE LUB W GRUPIE LICZĄCEJ DO 5.** (*§ 6 ust.1 pkt 8)*

**X. SKŁAD ZESPOŁU OPRACOWUJĄCY IPET:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko | Nauczyciel, specjalista | Podpis |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Data opracowania IPET:** ………………………………..

Podpis wychowawcy: (koordynatora pracy zespołu opracowującego IPET) ……………………………………………………

Data:………………………………… Podpis dyrektora szkoły: ………………………………………………….

Data …………………………….. podpis rodziców/prawnych opiekunów: ……………………………………………………………………….

*Załącznik nr 1do IPET*

Rok szkolny 2019/2020

PLAN ZAJĘĆ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Zajęcia rewalidacyjne | | | |
| Imię i nazwisko prowadzącego | Dzień/godz. | | Uwagi/zmiany |
|  |  | |  |
| POMOC PSYCHOLOGICZNO – PEDAGOGICZNA | | | |
| Rodzaj zajęć | Imię i nazwisko prowadzącego | Dzień/godz. | Uwagi/zmiany |
|  |  |  |  |
|  | , |  |  |

*Załączniki:*

***PRZYKŁADOWY DOKUMENT SPORZĄDZONY NA CELE SZKOLENIA***

**ARKUSZ WIELOSPECJALISTYCZNEJ OCENY FUNKCJONOWANIA DZIECKA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko** | |  | | | | **Data urodzenia** | |  |
| **Dane placówki** | |  | | | **grupa** | | |  |
| **Data podsumowania wielospecjalistycznej oceny funkcjonowania ucznia** | |  | | | | | | |
| **DIAGNOZY CZĄSTKOWE** | | | | | | | | |
| **Źródło informacji** | **Analiza funkcjonowania** | | | | | | | |
| **Analiza orzeczenia** |  | | | | | | | |
| **Informacje od rodziców ucznia** |  | | | | | | | |
| **Obserwacje wychowawcy i nauczycieli** |  | | | | | | | |
| **Informacje specjalistów spoza szkoły** |  | | | | | | | |
| **Inne źródła** |  | | | | | | | |
| **Pomoc potrzebna uczniowi w zakresie doradztwa edukacyjno-zawodowego** (wsparcie potrzebne dziecku do planowania dalszej edukacji) |  | | | | | | | |
| **PODSUMOWANIE OCENY FUNKCJONOWANIA DZIECKA** | | | | | | | | |
| **Obszar funkcjonowania** | | | **Opis funkcjonowania dziecka w danym obszarze** | | | | **Potrzeby wynikające z diagnozy dziecka w danym obszarze** | |
| **Mocne strony** | **Słabe strony** | | |
| **Ogólna sprawność fizyczna dziecka** (motoryka duża, motoryka mała). | | | . | - | | | - | |
| **Komunikowanie się oraz artykulacja** | | |  |  | | |  | |
| **Zmysły** (wzrok, słuch, czucie, węch, równowaga)  **i integracja sensoryczna** | | | . |  | | |  | |
| **Sfera poznawcza**  zakres opanowanych treści programowych, osiągnięcia i trudności, pamięć, uwaga, myślenie). | | | . |  | | |  | |
| **Sfera emocjonalno-motywacyjna**  (radzenie sobie z emocjami, motywacja do podejmowania wysiłku umysłowgo i pokonywania trudności itp.). | | |  |  | | |  | |
| **Sfera społeczna** (kompetencje społeczne, relacje z dorosłymi, relacje z rówieśnikami itp.). | | |  |  | | |  | |
| **Samodzielność** | | |  |  | | |  | |
| **Szczególne uzdolnienia** | | | **-** | | | | **-** | |
| **Zainteresowania i predyspozycje** | | |  | | | |  | |
| **Stan zdrowia dziecka (w tym przyjmowane leki)** | | |  | | | |  | |
| **Trudności w zakresie włączania dziecka w zajęcia realizowane oddziałem** | | |  | | | |  | |
| **Inne obszary ważne z punktu widzenia funkcjonowania ucznia.** | | | **-** | **-** | | | **-** | |

|  |
| --- |
| **Zakres wsparcia ze strony nauczycieli specjalistów** |
| . |

Podpisy uczestników zespołu nauczycieli i specjalistów prowadzących zajęcia z dzieckiem:

Podpis rodziców/ opiekunów:

*(obowiązek przekazania/ zapoznania się z dokumentacją) – Obligatoryjny udział w posiedzeniu zespołu*