Załącznik nr 2

 do Procedury dotyczącej działań i obiegu

dokumentacji związanej z udzielaniem pomocy

psychologiczno – pedagogicznej w Szkole

 Podstawowej nr 11 im .Jana Pawła II w Siedlcach

**Szkoła Podstawowa nr 11 im. Jana Pawła II w Siedlcach**

Indywidualny Program Edukacyjno-Terapeutyczny

**Imię i nazwisko ucznia** ………………………………………………………….

**Data urodzenia** …………………………………………………………

**Klasa** ………………………………………………………..

**Rok szkolny** ………………………………………………………..

***Podstawa założenia IPET:***

Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie i zagrożonych niedostosowaniem społecznym (Dz. U. dnia 25 sierpnia 2017, poz. 1591)

**Orzeczenie Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej nr** ………………………………..........

Rozpoznanie (wynikające z orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego)

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

***1. Zakres i sposób dostosowania wymagań edukacyjnych do indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych oraz możliwości psychofizycznych ucznia, w szczególności przez zastosowanie odpowiednich metod i form pracy z uczniem:***

**a) Treści kształcenia**

* Uczeń realizuje treści zawarte w programach nauczania dopuszczonych do użytku szkolnego
* Uczeń ma dostosowany program nauczania do indywidualnych potrzeb i możliwości psychofizycznych (w jakim zakresie? )- (tylko dla dziecka z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim)
* Dziecko realizuje program własny opracowany przez nauczycieli

**b) Dostosowanie metod, form pracy**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nazwa przedmiotu/ Nazwa realizowanego programu** | **Zakres dostosowania (lub brak konieczności dostosowania)** | **Osoba realizująca dostosowanie** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**c) Dostosowanie sposobu sprawdzania wiedzy i umiejętności oraz oceniania**

 ***2. Zintegrowane działania nauczycieli i specjalistów pracujących z uczniem ukierunkowane na poprawę funkcjonowania ucznia :***

**a) Działania o charakterze rewalidacyjnym** (dla ucznia niepełnosprawnego):

 -

 -

**b) Działania o charakterze socjoterapeutycznym** (dla ucznia zagrożonego niedostosowaniem społecznym):

 -

 -

***3. Formy i okres udzielania uczniowi pomocy psychologiczno-pedagogicznej oraz wymiar godzin, w którym poszczególne formy pomocy będą realizowane :***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Forma pomocy** | **Prowadzący** | **Wymiar****godzin (tyg.)** | **Okres udzielania (rok szkolny)** | **Uwagi** |
| **1.** | Zajęcia dydaktyczno-wyrównawcze |  |  |  |  |
| **2.** | Zajęciakorekcyjno-kompensacyjne |  |  |  |  |
| **3.** | Zajęcia logopedyczne |  |  |  |  |
| **4.** | Zajęcia rozwijające kompetencjeemocjonalno- społeczne |  |  |  |  |
| **5.** | Zajęcia rozwijająceuzdolnienia |  |  |  |  |
| **6.** | Zajęcia rozwijająceumiejętności uczenia się |  |  |  |  |
| **7.** | Inne zajęcia o charakterzeterapeutycznym |  |  |  |  |
| **8.** | Zajęcia związane z wyboremkierunku kształcenia i zawodu |  |  |  |  |
| **9.** | Wsparcie specjalistów z PoradniPsychologiczno-Pedagogicznej(warsztaty) |  |  |  |  |
| **10.** | Konsultacje psychologiczne |  |  |  |  |
| **11.** | Konsultacje pedagogiczne |  |  |  |  |
| **12.** | Wsparcie psychologa szkolnego |  |  |  |  |
| **13.** | Wsparcie pedagoga szkolnego |  |  |  |  |

***4.Działania wspierające rodziców ucznia oraz – w zależności od potrzeb – zakres współdziałania z poradniami psychologiczno-pedagogicznymi, w tym poradniami specjalistycznymi i placówkami doskonalenia nauczycieli, organizacjami pozarządowymi, specjalnymi ośrodkami szkolno-wychowawczymi, młodzieżowymi ośrodkami wychowawczymi, młodzieżowymi ośrodkami socjoterapii, innymi instytucjami oraz podmiotami działającymi na rzecz rodziny, dzieci i młodzieży:***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Działania** | **Częstotliwość** | **Osoby wspierająca** |
| **1.** | Spotkania indywidualne |  |  |
| **2.** | Wywiadówki |  |  |
| **3.** | Zorganizowanie na terenie szkoły otwartych spotkań ze specjalistami z PPP |  |  |
| **4.** | Inne ………………………………………………………………….. |  |  |

***5.Zajęcia rewalidacyjne / socjoterapeutyczne (dla uczniów kl. VII ,VIII uwzględnić zajęcia z zakresu doradztwa zawodowego):***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Forma pomocy** | **Prowadzący**  | **Wymiar godzin (tyg)** | **Okres udzielania (rok szkolny)** | **Uwagi** |
| **1.** | Zajęcia ze specjalistą w formie terapii pedagogicznej |  |  |  |  |
| **2.** | Zajęcia ze specjalistą w formie terapii psychologicznej |  |  |  |  |
| **3.** | Zajęcia z komunikowania się |  |  |  |  |
| **4.** | Zajęcia ze specjalistą w formie terapii integracji sensorycznej |  |  |  |  |
| **5.** | Zajęcia rozwijające kompetencje społeczne |  |  |  |  |

***6. Zakres współpracy nauczycieli i specjalistów z rodzicami ucznia:***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Formy współpracy** | **Osoba współpracująca z ramienia szkoły** | **Częstotliwość** |
| **1.** | Wzajemna wymiana informacji o postępach i trudnościach ucznia |  |  |
| **2.** | Udzielanie wskazówek jak pracować z dzieckiem w domu |  |  |
| **3.** | Konsultacje z rodzicami w sprawie realizacji indywidualnego programu edukacyjno – terapeutycznego |  |  |
| **4.** | Wymiana informacji nt. integracji ucznia ze środowiskiem rówieśniczym |  |  |
| **5.** | Wymiana informacji nt. przygotowania ucznia do samodzielności w życiu dorosłym |  |  |
| **6.** | Inne ………………………….………………………………. |  |  |

7. Rodzaj i sposób dostosowania warunków organizacji kształcenia do rodzaju niepełnosprawności ucznia, w tym w zakresie wykorzystywania technologii wspomagających to kształcenie ( w zależności od potrzeb, dotyczy uczniów niepełnosprawnych ):

* 1. Sala szkolna (np. miejsce dziecka w klasie, wysokość mebli, przystosowanie sali do wózka inwalidzkiego, kącik do spożycia dodatkowego posiłku, wzięcia leku itp..

a/……………………………………………………………………

b/……………………………………………………………………

c/……………………………………………………………………

* 1. Przemieszczanie się ucznia po szkole i opieka nad nim w czasie przerw między lekcjami (określić sposób pomocy uczniowi w tym zakresie, osoby odpowiedzialne za dziecko)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* 1. Pomoc techniczna (sprzęt rehabilitacyjny, lupki, umożliwienie korzystania
	z multimediów itp., dodatkowe oświetlenie itp.)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 d. Wsparcie na zajęciach pedagoga specjalnego -(ilość godzin w tyg., imię i nazwisko pedagoga specjalnego)

***8. Zajęcia edukacyjne realizowane indywidualnie z uczniem lub w grupie liczącej do 5 uczniów organizowane w zależności od indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych oraz możliwości psychofizycznych ucznia wskazanych w orzeczeniu o potrzebie kształcenia specjalnego lub wynikających z wielospecjalistycznych ocen***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Zajęcia edukacyjne** | **Nauczyciel prowadzący** | **Liczba godzin****w tygodniu** |
| **1.** |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |

 ***9. IPET opracowany w dniu ………..……….. przez zespół powołany zarządzeniem dyrektora nr ………………. z dnia ………………. / na zebraniu rady pedagogicznej w dniu ……………………\* w składzie:***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Nazwisko, imię** | **Podpis** |
| 1. |  - przewodniczący |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |
| 5. |  |  |
| 6. |  |  |

W pracach zespołu przy opracowaniu IPET-u brali udział rodzice/ nie brali udziału rodzice ……………………………………………………………….. \*

 ( *imię i nazwisko rodziców* )

Podpis rodziców biorących udział w pracach zespołu przy opracowaniu IPET-u:

……………………………………………………, data ………………………...

Podpis innych osób biorących udział w pracach zespołu opracowującego IPET *(§6. ust. 8 Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych , niedostosowanych społecznie i zagrożonych niedostosowaniem społecznym)*

……………………………………………..……. , data ………………………

 *( imię i nazwisko )*

…………………………………………………. , data ………………………

 *( imię i nazwisko )*

IPET skonsultowany z pedagogiem / psychologiem szkolnym / pedagogiem specjalnym (*podpis*) ……………………………………………………….….

**Zatwierdzam ………………………………………….. ,** data …………..….

 (*podpis i pieczęć wicedyrektora*)

Odebrałem/am ……………………………………….... , data ………………

 *( podpis rodziców )*

\**uzupełnić, niepotrzebne skreślić*