**………………………………………………….**

**nazwa szkoły**

**………………………………………**

**imię i nazwisko ucznia**

**PIERWSZY ETAP EDUKACYJNY SZKOŁY PODSTAWOWEJ**

**INDYWIDUALNY PROGRAM**
**EDUKACYJNO – TERAPEUTYCZNY**

rok szkolny

**………….**

**INFORMACJE O UCZNIU**

Imię i nazwisko: ................................................................................................................................

Data i miejsce urodzenia: .................................................................................................................

PESEL: .............................................................................................................................................

Adres zamieszkania: .........................................................................................................................

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

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

**ŚRODOWISKO RODZINNE**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko matki  | Tel. kontaktowy  |
|  |  |
| Imię i nazwisko ojca  | Tel. kontaktowy  |
|  |  |
| Rodzeństwo |
|  |

**PODSTAWA OBJĘCIA UCZNIA KSZTAŁCENIEM SPECJALNYM**

|  |  |
| --- | --- |
| Nr orzeczenia,wydane przez |  |
| Data wydania orzeczenia |  | Data ważności orzeczenia |  |
| Diagnoza |  |
| Zalecenia z orzeczenia(wpisujemy te, które wynikają z KS ucznia)\* |  |
| Wydłużenie etapu edukacyjnego | ---------- |

**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 § 6.1.1**

1. **Treści edukacyjne**

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

1. **Symptomy trudności w nauce przedmiotu (wypisujemy tu zauważone przez zespół trudności)**

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

1. **Sposoby dostosowania wymagań edukacyjnych:**

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

**4.Metody i formy pracy z uczniem**

 **Metody wspomagające**

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

**Metody i formy zajęć terapeutycznych**

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

**Metody oglądowe, słowne**

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

 **Formy pracy**

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

**ZINTEGROWANE DZIAŁANIA NAUCZYCIELI I SPECJALISTÓW UKIERUNKOWANE NA POPRAWĘ FUNKCJONOWANIA UCZNIA I WZMACNIANIE JEGO UCZESTNICTWA W ŻYCIU SZKOŁY § 6.1.2**

**Cel główny: Poprawa funkcjonowania ucznia w środowisku szkolnym i rodzinnym oraz wzmacnianie jego uczestnictwa w życiu szkoły**

|  |
| --- |
| **ORGANIZACJA PRACY EDUKACYJNO-WYCHOWAWCZEJ** |
| 1. |  |
| 2. |  |
| 3. |  |
| 4. |  |
| 5. |  |
| 6. |  |
| 7. |  |
| 8. |  |
| 9. |  |
| 10. |  |
| 11. |  |
| **KOMUNIKACJA, FUNKCJE POZNAWCZE, ROZWÓJ SPOŁECZNO-EMOCJONALNY** |
| 1. |  |
| 2. |  |
| 3. |  |
| 4. |  |
| 5. |  |
| 6. |  |
| 7. |  |
| 8. |  |
| 9. |  |

**ZAJĘCIA REWALIDACYJNE ORAZ INNE ZAJĘCIA ODPOWIEDNIE ZE WZGLĘDU NA INDYWIDUALNE POTRZEBY ROZWOJOWE I EDUKACYJNE
ORAZ MOŻLIWOŚCI PSYCHOFIZYCZNE UCZNIA§ 6.1.5**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Rodzaj zajęć** | **Osoba prowadząca** | **Ilość godzin** |
|  |  |  |

**DZIAŁANIA WSPIERAJĄCE RODZICÓW UCZNIA ORAZ ZAKRES WSPÓŁPRACY NAUCZYCIELI I SPECJALISTÓW Z RODZICAMI UCZNIA** **ORAZ INSTYTUCJAMI DZIAŁAJĄCYMI NA RZECZ RODZINY §6.1.4 oraz §6.1.6**

**ZAKRES WSPÓŁPRACY Z RODZICAMI**

w kontekście bezpośredniej pracy z uczniem w szkole i w środowisku domowym:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. |  |
| 2. |  |
| 3. |  |
| 4. |  |
| 5. |  |
| 6. |  |
| 7. |  |
| 8. |  |
| 9. |  |
| 10. |  |
| 11. |  |

**DZIAŁANIA WSPIERAJĄCE RODZICÓW**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. |  |
| 2. |  |
| 3. |  |
| 4. |  |

**ZAKRES WSPÓŁDZIAŁANIA Z INSTYTUCJAMI DZIAŁAJĄCYMI NA RZECZ UCZNIA I JEGO RODZINY**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Instytucja** | **Zakres współdziałania** |
| 1. |  |  |

**RODZAJ I SPOSÓB DOSTOSOWANIA WARUNKÓW ORGANIZACJI KSZTAŁCENIA DO RODZAJU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI UCZNIA, W TYM W ZAKRESIE WYKORZYSTANIA TECHNOLOGII WSPOMAGAJĄCYCH TO KSZTAŁCENIE § 6.1.7**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. |  |
| 2. |  |
| 3. |  |
| 4. |  |

**W ZALEŻNOŚCI OD INDYWIDUALNYCH POTRZEB ROZWOJOWYCH I EDUKACYJNYCH ORAZ MOŻLIWOŚCI PSYCHOFIZYCZNYCH UCZNIA WSKAZANYCH W ORZECZENIU O POTRZEBIE KSZTAŁCENIA SPECJALNEGO LUB WYNIKAJĄCYCH Z WIELOSPECJALISTYCZNYCH OCEN – WYBRANE ZAJĘCIA EDUKACYJNE, KTÓRE SĄ REALIZOWANE INDYWIDUALNIE Z UCZNIEM**

**LUB W GRUPIE LICZĄCEJ DO 5 UCZNIÓW § 6.1.8**

**CELE DZIAŁAŃ TERAPEUTYCZNYCH UWZGLĘDNIAJĄCE ZDIAGNOZOWANE POTRZEBY UCZNIA**

**ZAJĘCIA O CHARAKTERZE SOCJOTERAPEUTYCZNYM**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Cele kształcenia** | **Sposób realizacji**  | **Termin** **realizacji**  | **Osoby odpowiedzialne**  |
|  |  |  |  |

**Powyższy Indywidualny Program Edukacyjno–Terapeutyczny został sporządzony ......................................................................... dn.** ............................................. **(imię i nazwisko ucznia)**

**przez zespół w składzie:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko** | **Stanowisko / prowadzone zajęcia** | **Podpis** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**UWAGI DO IPET**

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

**INFORMACJA O ZATWIERDZENIU IPET**

|  |  |
| --- | --- |
| **Data i podpis Dyrektora** | **Data i podpis rodzica lub adnotacja o poinformowaniu** |
|  |  |

\* Wersja do edycji dostępna jest na stronie internetowej [www.mutyzm-wybiorczy.org.pl](http://www.mutyzm-wybiorczy.org.pl)