

**Szkoła Podstawowa
im. prof. Jana Sajdaka
w Burzynie**

INDYWIDUALNY PROGRAM EDUKACYJNO-TERAPEUTYCZNY (IPET)

Data posiedzenia zespołu nauczycieli i specjalistów w celu opracowania IPET.....

METRYCZKA:	
Imię i nazwisko ucznia	
Data urodzenia ucznia	
Klasa	
Etap edukacyjny	
Rok szkolny	
Nazwa szkoły	Szkoła Podstawowa im. prof. Jana Sajdaka w Burzynie
Numer i data wydania orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego	
Nazwa poradni psychologiczno-pedagogicznej, która wydała orzeczenie	
Podstawa opracowania IPET	
Czas realizacji programu	

CELE	
EDUKACYJNE	TERAPEUTYCZNE

I. ZAKRES I SPOSÓB DOSTOSOWANIA WYMAGAŃ EDUKACYJNYCH DO INDYWIDUALNYCH POTRZEB ROZWOJOWYCH I EDUKACYJNYCH ORAZ MOŻLIWOŚCI PSYCHOFIZYCZNYCH DZIECKA/ UCZNI	
ZAKRES (co wymaga dostosowania , jakie obszary - program wychowania przedszkolnego we wskazanych obszarach, wymagania edukacyjne wynikające z realizowanych programów nauczania	SPOSÓB (jak dostosowujemy: dostosowanie warunków edukacyjnych – poprzez odpowiednie metody i formy oraz dostosowanie sprawdzania osiągnięć)
Warunki zewnętrzne (w tym stanowisko pracy)	
Organizacja pracy na zajęciach	
Prace domowe	
Egzekwowanie wiedzy	
Motywowanie i ocenianie	
Sprzęt specjalistyczny i środki dydaktyczne	
Metody i formy pracy: - Podczas zajęć obowiązkowych - Podczas zajęć dodatkowych	
Inne	
II. ZINTEGROWANE DZIAŁANIA NAUCZYCIELI I SPECJALISTÓW UKIERUNKOWANE NA POPRAWĘ FUNKCJONOWANIA DZIECKA/UCZNI	
(wskazać kto w ramach jakich zajęć i jakie działania podejmuje – wraz z uzasadnieniem – wymiar godzinowy, zakres podejmowanych wobec dziecka działań)	
KIERUNEK ZINTEGROWANYCH ODDZIAŁYWAŃ (nad czym pracujemy, co chcemy osiągnąć)	ZINTEGROWANE DZIAŁANIA O CHARAKTERZE REWALIDACYJNYM, RESOCJALIZACYJNYM, SOCJOTERAPEUTYCZNYM; (co robimy, żeby osiągnąć cel)
Nauczyciele pracujący z uczniem	
Logopeda	
Oligofrenopedagog	

Psycholog		
Pedagog		
III. FORMY I OKRES UDZIELANIA DZIECKU/ UCZNIOWI POMOCY PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNEJ ORAZ WYMIAR GODZIN, W KTÓRYM POSZCZE-GÓLNE FORMY POMOCY BĘDĄ REALIZOWANE		
Formy pomocy psychologiczno-pedagogicznej	Tygodniowy wymiar godzin	Okres udzielania pomocy
Zajęcia rozwijające uzdolnienia (wskazać jakie)		
Zajęcia rozwijające umiejętności uczenia się (nie dotyczy kl. 0)		
Zajęcia dydaktyczno- wyrównawcze (wskazać jakie)		
Zajęcia specjalistyczne: -korekcyjno- kompensacyjne - logopedyczne -rozwijające kompetencje emocjonalno- społeczne -terapeutyczne		
Zajęcia związane z wyborem kierunku kształcenia i zawodu (nie dotyczy kl. 0)		
Porady i konsultacje		
Warsztaty (nie dotyczy kl. 0)		
Inne		
IV. DZIAŁANIA WSPIERAJĄCE RODZICÓW DZIECKA/UCZNIĄ		
ZAKRES WSPIERANIA (wspólne ustalenia dotyczące tego, co robimy- szkoła/dom dla ujednolicenia oddziaływań)	ZAPROPONOWANA CZĘSTOTLIWOŚĆ I FORMA UDZIELANIA WSPARCIA (porady, konsultacje, warsztaty, szkolenia, grupa wsparcia)	
w rozwiązywaniu problemów wychowawczych (wskazać jakich)		
w rozwiązywaniu problemów dydaktycznych (wskazać jakich)		

w rozwijaniu umiejętności wychowawczych rodziców (wskazać jakich)			
V. ZAKRES WSPÓŁDZIAŁANIA Z INSTYTUCJAMI ORAZ PODMIOTAMI DZIAŁAJĄCYMI NA RZECZ RODZINY, DZIECI I MŁODZIEŻY (w razie potrzeby)			
Nazwa i dane kontaktowe instytucji	Zakres współpracy	Okres współpracy	Osoby do kontaktu
Powiatowa Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Tarnowie Filia Poradni w Tuchowie			
Małopolskie Centrum Doskonalenia Nauczycieli w Tarnowie			
Ośrodek Pomocy Społecznej w Tuchowie			
Inne instytucje: <ul style="list-style-type: none"> • Instytucje kultury • Inne szkoły /placówki • Stowarzyszenia 			
VI. ZAJĘCIA REWALIDACYJNE, RESOCJALIZACYJNE I SOCJOTERAPEUTYCZNE ORAZ INNE ZAJĘCIA ODPOWIEDNIE ZE WZGLĘDU NA INDYWIDUALNE POTRZEBY ROZWOJOWE I EDUKACYJNE ORAZ MOŻLIWOŚCI PSYCHOFIZYCZNE UCZNIĄ A TAKŻE ZAJĘCIA Z ZAKRESU DORADZTWA ZAWODOWEGO I ZWIĄZANE Z WYBOREM KIERUNKU KSZTAŁCENIA I ZAWODU W PRZYPADKU UCZNIÓW KL. VII I VIII			
RODZAJ ZAJĘĆ REWALIDACYJNYCH (NAZWA)		TYGODNIOWY WYMIAR CZASU ZAJĘĆ	
Rozwijanie umiejętności komunikacyjnych przez naukę języka migowego lub innych sposobów komunikowania się, w szczególności wspomagających i alternatywnych metod komunikacji AAC –w			

przypadku dziecka lub ucznia niepełnosprawnego z zaburzeniami mowy lub jej brakiem	
Rozwijanie umiejętności komunikacyjnych przez naukę orientacji przestrzennej i poruszania się oraz naukę systemu Braille'a lub innych alternatywnych metod komunikacji- w przypadku dziecka lub ucznia niewidomego	
Zajęcia rozwijające umiejętności społeczne, w tym umiejętności komunikacyjne- w przypadku dziecka lub ucznia z autyzmem w tym z zespołem Aspergera	
Zajęcia gimnastyki korekcyjno-kompensacyjnej	
Zajęcia usprawniające funkcje poznawcze	
Zajęcia związane z usprawnieniem ruchowym	
Inne zajęcia związane z usprawnieniem tego dziecka/ ucznia	
VII. ZAKRES WSPÓŁPRACY NAUCZYCIELI I SPECJALISTÓW Z RODZICAMI UCZNIĄ W REALIZACJI PRZEZ ODDZIAŁ PRZEDSZKOLNY W SZKOLE PODSTAWOWEJ INNĄ FORMĘ WYCHOWANIA PRZEDSZKOLNEGO,	
ZADANIA	ZAKRES WSPÓŁPRACY W REALIZACJI ZADAŃ
Realizacja zaleceń zawartych w orzeczeniu o potrzebie kształcenia specjalnego	
Zapewnienie warunków do nauki, sprzętu specjalistycznego i środków dydaktycznych, odpowiednich ze względu na indywidualne potrzeby rozwojowe i edukacyjne oraz możliwości psychofizyczne ucznia	

Zapewnienie zajęć specjalistycznych z zakresu pomocy psychologiczno-pedagogicznej	
Zapewnienie zajęć odpowiednich ze względu na indywidualne potrzeby rozwojowe i edukacyjne oraz możliwości psychofizyczne ucznia, w szczególności zajęcia rewalidacyjne, resocjalizacyjne i socjoterapeutyczne	
Integracja ucznia ze środowiskiem rówieśniczym, w tym z uczniami pełnosprawnymi	
Przygotowanie ucznia do samodzielności w życiu dorosłym	
VIII. RODZAJ I SPOSÓB DOSTOSOWANIA WARUNKÓW ORGANIZACJI KSZTAŁCENIA DO RODZAJU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI UCZNIĄ, W TYM W ZAKRESIE WYKORZYSTYWANIA TECHNOLOGII WSPOMAGAJĄCYCH TO KSZTAŁCENIE (w zależności od potrzeb)	
np. pomocnicze, adaptacyjne i rehabilitacyjne urządzenia osób niepełnosprawnych	
IX. ZAJĘCIA EDUKACYJNE REALIZOWANE INDYWIDUALNIE Z DZIECKIEM/ UCZNIEM LUB W MAŁEJ GRUPIE DO 5 OSÓB.	
W zależności od potrzeb rozwojowych	

OSOBY UCZESTNICZĄCE W POSIEDZENIU ZESPOŁU	PODPIS

Zapoznałam/ em się z Indywidualnym Programem Edukacyjno – Terapeutycznym

.....
Data

.....
Podpis rodziców/prawnych opiekunów

MODYFIKACJA IPET

Nr modyfikacji

Data posiedzenia zespołu w celu określenia zakresu niezbędnej modyfikacji IPET :

Przyczyny modyfikacji IPET:

Zakres modyfikacji:

Podpisy osób biorących udział w modyfikacji