Załącznik nr 10

**INDYWIDUALNY PROGRAM EDUKACYJNO-TERAPEUTYCZNY (IPET)**

zgodnie z:

* Ustawą z 14 grudnia 2016 . Prawo Oświatowe (Dz.U. 2020 poz.910)
* Rozporządzeniem MEN z dnia 9 sierpnia 2017 w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnej, niedostosowanych społecznie i zagrożonych niedostosowaniem społecznym (Dz.U. 2020 poz.1309)
* Rozporządzeniem MEN z dnia 9 sierpnia 2017 w sprawie udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (DZ.U. 2020 poz.1280)

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

*imię i nazwisko klasa rok szkolny*

Orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego (nr, data, organ wydający, wydany na czas, z uwagi na, …)

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

Uwagi dodatkowe: *(inne orzeczenia, zaświadczenia lekarskie, informacje wynikające z innych dokumentów)*

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

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

**Zakres i sposób dostosowania odpowiednio programu wychowania przedszkolnego oraz wymagań edukacyjnych do indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych oraz możliwości psychofizycznych dziecka lub ucznia, w szczególności poprzez zastosowanie odpowiednich metod i form pracy z dzieckiem/uczniem**

*(to, co wynika z przepisów prawa oświatowego: podstawa programowa, ocenianie, egzaminy zewnętrzne, nauka języków obcych, zwolnienie z języków, dodatkowa osoba dorosła; metody i formy pracy: gdzie siedzi, jak się uczy, ile ma czasu, w jaki sposób sprawdzamy jego wiedzę itp.)*

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

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

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

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

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

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

**Zintegrowanie działania nauczycieli i specjalistów prowadzących zajęcia z dzieckiem lub z uczniem o charakterze działań rewalidacyjnych lub resocjalizacyjnych lub socjoterapeutycznych)**

*(Na co wszyscy nauczyciele, wychowawcy, specjaliści zwracają uwagę i co jest najważniejsze w pracy z uczniem np. samodzielność i samoobsługa, zachowanie akceptowane społecznie, - uczeń korzysta z żetonowego systemu nagradzania).*

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

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

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

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

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

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

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

*(informacje zgodnie z rozporządzeniem o organizowaniu pomocy psychologiczno-pedagogicznej (tylko!!!)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Forma pomocy**  **psych-ped.** | **Okres udzielanej pomocy** | **Wymiar godz.** | **Termin realizacji** | **Realizujący** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Działania wspierające rodziców dziecka w zależności od potrzeb, zakres współdziałania z poradniami psychologiczno – pedagogicznymi, placówkami doskonalenia zawodowego, organizacjami pozarządowymi oraz innymi instytucjami działającymi na rzecz rodziny, dzieci i młodzieży**

*(Kto wspiera szkołę i rodziców z „zewnątrz”)*

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

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

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

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

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

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

**Zajęcia rewalidacyjne, resocjalizacyjne, socjoterapeutyczne oraz inne zajęcia, odpowiednie ze względu na indywidualne potrzeby rozwojowe i edukacyjne oraz możliwości psychofizyczne dziecka lub ucznia i sposób realizacji tych działań, w przypadku VII i VIII klasy szkoły podstawowej i branżowej szkoły I stopnia, liceum ogólnokształcącego i technikum – zajęcia z zakresu doradztwa zawodowego**

*(Jakie zajęcia ile czasu w tygodniu, co usprawniają? Czy uczęszcza na zajęcia doradztwa z klasą?)*

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

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

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

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

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

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

**Zakres współpracy nauczycieli i specjalistów z rodzicami dziecka lub ucznia w realizacji przez przedszkole lub oddział przedszkolny, szkołę lub ośrodek ich zadań względem ucznia**

*(Jak współpracujemy z rodzicami np. spotkania z rodzicami wychowawcy – raz w tygodniu w celu np. założenie i prowadzenie zeszytu korespondencji, gdzie umieszczone są informacje dotyczące)*

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

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

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

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

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

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

**W przypadku uczniów niepełnosprawnych – w zależności od potrzeb – rodzaj i sposób dostosowania warunków organizacji kształcenia do rodzaju niepełnosprawności ucznia, w tym zastosowanie technologii wspomagających to kształcenia**

*(Komunikacja pozawerbalna i alternatywna, technologia komputerowa, sprzęt specjalistyczny i inne)*

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

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

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

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

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

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

**W zależności od indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych oraz możliwości psychofizycznych ucznia wskazanych w orzeczeniu o potrzebie kształcenia specjalnego lub wynikających z wielospecjalistycznej oceny – wybrane zajęcia wychowania przedszkolnego lub zajęcia edukacyjne, które są realizowane indywidualnie lub w grupie do 5 uczniów**

*(Kiedy, jakie, o której godzinie, co na nich robią i z kim)*

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

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

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

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

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

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

Podpisy:

Przewodniczący zespołu ………………………………………………………………….

Członkowie zespołu ………………………………………………………………….

………………………………………………………………….

………………………………………………………………….

………………………………………………………………….

………………………………………………………………….

Podpisy innych osób biorących udział w pracach zespołu …….……………………………………………………………

Podpisy innych nauczycieli i specjalistów mających kontakt z uczniem ………………………………………………………….

Podpisy innych nauczycieli i specjalistów mających kontakt z dzieckiem ……………………………………………………………..

Data i podpis dyrektora …………..……………………………………………………

**Potwierdzam zapoznanie się z dokumentem i otrzymanie kopii IPET**

Potwierdzam zapoznanie się z dokumentem i otrzymanie kopii IPET.

…………………………………………………………………………………….

Data i podpis rodzica/prawnego opiekuna/pełnoletniego ucznia

**INDYWIDUALNY PROGRAM EDUKACYJNO-TERAPEUTYCZNY (IPET)**

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

*imię i nazwisko klasa rok szkolny*

Potwierdzam zapoznanie się z IPET

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Przedmiot | Nazwisko i imię nauczyciela uczącego | Podpis nauczyciela |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |