

.....
(Pieczęć szkoły)

**INDYWIDUALNY PROGRAM EDUKACYJNO
TERAPEUTYCZNY (IPET)**

I. DANE UCZNIA:

1. Imię i nazwisko

2. Data urodzenia

Klasa

3. Podstawa objęcia ucznia 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 UCZNIA
w szczególności przez zastosowanie odpowiednich metod i form pracy z uczniem (§ 6 ust.1 pkt 1)**

1. Treści nauczania	

2. Metody i formy pracy	
3. Środki dydaktyczne	

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

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

V. DZIAŁANIA WSPIERAJĄCE RODZICÓW (§ 6 ust.1 pkt. 4)

VI ZAKRES WSPÓŁPRACY NAUCZYCIELI I SPECJALISTÓW
(§ 6 ust.1 pkt. 6)

VII. §6.1.5 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.

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

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

X. SKŁAD ZESPOŁU OPRACOWUJĄCY IPET:

Imię i nazwisko	Nauczyciel przedmiotu, specjalista	Podpis

Data opracowania IPET:

Podpis wychowawcy/koordynatora pracy zespołu opracowującego IPET

Data:.....Podpis dyrektora szkoły:

Data podpis rodziców/prawnych opiekunów:

Załącznik nr 1 do IPET

Rok szkolny

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: