|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **INDYWIDUALNY PROGRAM EDUKACYJNO – TERAPEUTYCZNY** | | |
| ***Imię i nazwisko ucznia:*** |  | |
| ***Szkoła, klasa:*** |  | |
| ***Dane z orzeczenia:*** |  | |
| ***Dodatkowe informacje o uczennicy:*** |  | |
| ***Cele-*** | | |
| **edukacyjne:** | | **terapeutyczne:** |
| Ogólne: | | Ogólne: |
| Szczegółowe (operacyjne): | | Szczegółowe (operacyjne): |
| ***Wyniki wielospecjalistycznej oceny poziomu funkcjonowania ucznia:*** | ***załącznik nr 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:*** |  | |
| ***Zintegrowane działania nauczycieli  i specjalistów prowadzących zajęcia  z uczniem, ukierunkowane na poprawę funkcjonowania ucznia, w tym – w zależności od potrzeb – na komunikowanie się ucznia  z otoczeniem z użyciem wspomagających  i alternatywnych metod komunikacji (AAC) oraz wzmacnianie jego uczestnictwa w życiu szkolnym:*** |  | |
| ***Formy i okres udzielania uczniowi pomocy psychologiczno – pedagogicznej oraz wymiar godzin, w którym poszczególne formy pomocy będą realizowane:*** |  | |
| ***Zajęcia rewalidacyjne, resocjalizacyjne  i socjoterapeutyczne oraz inne zajęcia odpowiednie ze względu na indywidualne potrzeby rozwojowe i edukacyjne oraz możliwości psychofizyczne ucznia, a także działania z zakresu doradztwa edukacyjno – zawodowego i sposób realizacji tych działań:*** |  | |
| ***Działania wspierające rodziców ucznia oraz –  w zależności od potrzeb – zakres współdziałania z poradniami psychologiczno – pedagogicznymi, w tym poradniami specjalistycznymi, placówkami doskonalenia nauczycieli, organizacjami pozarządowymi, innymi instytucjami oraz podmiotami działającymi na rzecz rodziny, dzieci  i młodzieży, a w przypadku szkół i oddziałów ogólnodostępnych i integracyjnych – również ze specjalnymi ośrodkami szkolno wychowawczymi, młodzieżowymi ośrodkami wychowawczymi i młodzieżowymi ośrodkami socjoterapii:*** |  | |
| ***Zakres współpracy nauczycieli i specjalistów  z rodzicami ucznia w realizacji przez przedszkole lub oddział przedszkolny, szkołę lub ośrodek zadań zawartych w orzeczeniu  o potrzebie kształcenia specjalnego:*** |  | |
| ***W przypadku uczniów niepełnosprawnych –  w zależności od potrzeb – rodzaj i sposób dostosowania warunków organizacji kształcenia do rodzaju niepełnosprawności ucznia, w tym w zakresie wykorzystywania technologii wspomagających to kształcenie:*** |  | |
| ***Wybrane zajęcia edukacyjne, które są realizowane indywidualnie z uczniem lub  w grupie liczącej do 5 uczniów:*** |  | |

**WYSTĘPUJĄCE W ŚRODOWISKU NAUCZANIA I WYCHOWANIA BARIERY I OGRANICZENIA UTRUDNIAJĄCE FUNKCJONOWANIE UCZNIA:**

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

***Czytelne podpisy uczestników zespołu*** *(*koordynatora - wychowawca klasy; wszystkich nauczycieli i specjalistów pracujących z uczniem):

1. ………………………………………….. 9. ………………………..………………
2. …………………………………………. 10. ……………………..……………….
3. …………………………………………. 11. ………………………………………
4. …………………………………………. 12. ……………………………………….
5. ………………………………………….. 13. ……………………………………….
6. …………………………………………… 14. ………………………………………
7. …………………………………………..
8. …………………………………………..

***Czytelny podpis rodzica****: …………………………………………………………*

***Podpis dyrektora szkoły:*** *………………………………………………………...*