

## INDYWIDUALNY PROGRAM EDUKACYJNO-TERAPEUTYCZNY

zgodnie z rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie i zagrożonych niedostosowaniem społecznym (Dz. U. z 2020 poz. 1309)

### I. Podstawowe informacje:

1. Imię i nazwisko ucznia: .....
2. Klasa/szkoła .....
3. Podstawa objęcia pomocą psychologiczno-pedagogiczną: Orzeczenie nr ..... o potrzebie kształcenia specjalnego z dnia ..... wydane przez poradnię psychologiczno-pedagogiczną .....
4. Wydane na czas: .....

### II. Rozpoznanie wynikające z orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego:

.....

*wpisać: Zespół Aspergera, autyzm, niepełnosprawność ruchowa .....*

### III. Rozpoznanie wynikające z Wielospecjalistycznej oceny poziomu funkcjonowania ucznia, uwzględniające diagnozę, wnioski i rekomendacje sformułowane na jej podstawie:

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

**IV. 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:**

Dostosowanie środowiska – otoczenie klasowe i szkolne (sala, stanowisko pracy)	
Dostosowanie organizacji pracy na lekcji	
Dostosowanie metody pracy z uczniem	
Dostosowanie form pracy	
Dostosowania w zakresie sposobów przekazywania treści (wiedza i umiejętności)	
Dostosowania w zakresie sprawdzania wiedzy i umiejętności, ocenianie	
Dostosowania w zakresie motywowania ucznia do zdobywania wiedzy i umiejętności	

**V. Zintegrowane działania nauczycieli i specjalistów prowadzących zajęcia z uczniem, ukierunkowane na poprawę funkcjonowania ucznia oraz wzmacnianie jego uczestnictwa w życiu szkolnym, w tym w przypadku:**

- a) ucznia niepełnosprawnego – działania o charakterze rewalidacyjnym,
- b) ucznia niedostosowanego społecznie – działania o charakterze resocjalizacyjnym,
- c) ucznia zagrożonego niedostosowaniem społecznym – działania o charakterze socjoterapeutycznym

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

1. forma .....
2. okres .....
3. wymiar godzin .....

**VII. Działania wspierające rodziców ucznia oraz, w zależności od potrzeb, zakres współpracy z poradniami psychologiczno-pedagogicznymi, w tym, poradniami specjalistycznymi oraz innymi ośrodkami i organizacjami działającymi na rzecz rodziny, dzieci i młodzieży:**

**VIII. Zajęcia rewalidacyjne odpowiednie ze względu na indywidualne potrzeby rozwojowe i edukacyjne oraz możliwości psychofizyczne ucznia oraz działania z zakresu doradztwa edukacyjno-zawodowego i sposób realizacji tych zadań.**

1. Zajęcia rewalidacji indywidualnej z języka polskiego 2 godziny tygodniowo z mgr .....
2. Indywidualne spotkania z doradcą zawodowym dotyczące predyspozycji zawodowych i pomocy w wyborze szkoły ponadgimnazjalnej.

**IX. Zakres współpracy nauczycieli i specjalistów z rodzicami ucznia w realizacji przez szkołę zadań zawartych w orzeczenia potrzebie kształcenia specjalnego.**

**X. 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:**

**XI. 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.**

**XII. Członkowie Zespołu opracowującego *Indywidualny Program Edukacyjno-Terapeutyczny* / Potwierdzenie zapoznania się z *IPET*:**

Lp.	Imię i nazwisko	Funkcja	Podpis
1.		koordynator, wychowawca klasy	
2.		nauczyciel języka polskiego	
3.			
4.			

5.			
6.		.....itd.	
7.		<i>W zależności od potrzeb:</i>	
8.		nauczyciel bibliotekarz	
9.		logopeda	
10.		pedagog	
11.		psycholog	
12.		doradca zawodowy	

**Zatwierdzam Indywidualny Program Edukacyjno-Terapeutyczny:**

.....  
*data*

.....  
*podpis dyrektora szkoły*

**Zapoznałam(em) się z Indywidualnym Programem Edukacyjno-Terapeutycznym**

.....  
*data*

.....  
*podpis pełnoletniego ucznia*  
*podpis rodziców/prawnych opiekunów*  
*ucznia niepełnoletniego*

**Otrzymałam(em) kopię Indywidualnego Programu Edukacyjno-Terapeutycznego**

.....  
*data*

.....  
*podpis pełnoletniego ucznia*  
*podpis rodziców/prawnych opiekunów*  
*ucznia niepełnoletniego*

Inne dokumenty, np. Notatka/ Protokół z posiedzenia/ Lista obecności z posiedzenia Zespołu.

Posiedzenie Zespołu w dniu ..... w VII Liceum Ogólnokształcącym im. Józefa Wybickiego w Gdańsku / Szkole Podstawowej nr 3 im. Jana Pawła II w Gdańsku, ul. Chałubińskiego 13, Gdańsk

Lp.	Imię i nazwisko	Funkcja	Podpis
1.		pełnoletni uczeń/ rodzic/opiekun prawny ucznia niepełnoletniego	
2.		koordynator, wychowawca klasy	
3.		nauczyciel języka polskiego	
4.			
5.			
6.			
7.		.....itd.	
8.		<i>W zależności od potrzeb:</i>	
9.		nauczyciel bibliotekarz	
10.		logopeda	
11.		pedagog	
12.		psycholog	
13.		doradca zawodowy	

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