Załącznik nr 9 do Procedur

 udzielania i organizacji Pomocy Psychologiczno – Pedagogicznej

w Szkole Podstawowej w Drołtowicach

**………………………………………..**

**Pieczęć szkoły**

**INDYWIDUALNY**

**PROGRAM EDUKACYJNO – TERAPEUTYCZNY**

 **I Ogólne informacje o uczniu:**

 **Imię i nazwisko:** …………………..

Okres/ etap edukacyjny , na który stworzono IPET - …...etap edukacyjny

Numer orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego : ……………………………………...

**Rozpoznanie wynikające z orzeczenia: ……………………………………………………..**

|  |
| --- |
|  **Wynik wielospecjalistycznej oceny funkcjonowania ucznia:** **Mocne strony Trudności ucznia** |
|  |  |
|  |  |

 **II. Informacje dotyczące zakresu dostosowania wymagań edukacyjnych z uwzględnieniem form i metod pracy z uczniem.**

|  |
| --- |
| **Dostosowanie wymagań edukacyjnych:****…………………………………………………………………………………………………………………….** **Lista dostosowań wspólna dla wszystkich przedmiotów:**……………………………………………………………………………………………………………………. |

**II.A Zajęcia edukacyjne realizowane indywidualnie z uczniem lub w grupie liczącej do 5 uczniów.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zajęcia edukacyjne** | **Klasa** | **Dzień tygodnia** | **Liczba godzin** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**III. Rodzaj i zakres zintegrowanych działań nauczycieli specjalistów.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Zakres zintegrowanych działań nauczycieli i specjalistów:** |  **Rodzaj działań:** |
|  |  |
|  |  |

**IV. Rodzaj działań wspierających rodziców ucznia oraz – w zależności od potrzeb – zakres współdziałania z poradniami psycho-**

**logiczno-pedagogicznymi, w tym poradniami specjalistycznymi, placówkami doskonalenia nauczycieli, organizacjami**

**pozarządowymi, innymi instytucjami oraz podmiotami działającymi na rzecz rodziny, dzieci i młodzieży.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Zakres zintegrowanych działań nauczycieli i specjalistów:** |  **Rodzaj działań:** |
|  |  |
|  |  |

**V. Formy pomocy , sposoby i okres ich udzielania**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Formy pomocy udzielanej uczniowi** | **Klasa****Rok szkolny** |  **Wymiar pomocy** |
| **Dzień tygodnia** | **Godzina** |
|  |  |  |  |

Podpis rodziców lub opiekunów Podpisy zespołu nauczycieli :

………………………………. …………………………………….

Wychowawca:

……………………………….