*Załącznik nr 1 (po zm. 31.08.2022)*

**Indywidualny program edukacyjno-terapeutyczny na … etap edukacyjny**

**(lub na okres, na jaki wydano orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego)**

1. **Dane dziecka/ ucznia.**

* Imię i nazwisko –
* Oddział/ klasa –
* Wychowawca –
* Rozpoznanie wiodące –

1. **Dostosowanie wymagań edukacyjnych do indywidualnych potrzeb rozwojowych  
   i edukacyjnych oraz możliwości psychofizycznych dziecka/ ucznia. Formy i metody pracy.**

* Zakres i sposób dostosowania programu wychowania przedszkolnego:
* Zakres i sposób dostosowania wymagań edukacyjnych:
* Cele edukacyjne (realizacja podstawy programowej kształcenia ogólnego, ocenianie):
* Formy i metody pracy z dzieckiem/ uczniem:

1. **Zintegrowane działania nauczycieli, specjalistów i wychowawców grup wychowawczych prowadzących zajęcia z dzieckiem/ uczniem, w tym działania o charakterze rewalidacyjnym.**

1. **Pomoc psychologiczno-pedagogiczna, w tym formy i okres jej udzielania oraz wymiar godzin.**

**A. Zajęcia rozwijające uzdolnienia, zajęcia rozwijające umiejętności uczenia się, zajęcia dydaktyczno-wyrównawcze, zajęcia specjalistyczne (o charakterze terapeutycznym), porady i konsultacje, warsztaty.**

**Rok szkolny: …**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Forma pomocy** | **Sposób realizacji/ cele** | **Okres** | **Tygodn.**  **wymiar godzin** | **Imię i nazwisko nauczyciela/ specjalisty** |
| 1. |  |  |  |  |  |

**B. Zajęcia rewalidacyjne oraz inne zajęcia odpowiednie ze względu na indywidualne potrzeby rozwojowe i edukacyjne oraz możliwości psychofizyczne ucznia.**

**Rok szkolny: …**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Forma pomocy** | **Sposób realizacji/ cele** | **Okres** | **Tygodn.**  **wymiar godzin** | **Imię i nazwisko nauczyciela/ specjalisty** |
| 1. |  |  |  |  |  |

**C. Zajęcia z zakresu doradztwa zawodowego (w przypadku ucznia klasy VII i VIII szkoły podstawowej i technikum). Zajęcia związane z wyborem kierunku kształcenia i zawodu (realizowane w ramach pomocy psychologiczno-pedagogicznej).**

**Rok szkolny: …**

1. **Rodzaj i sposób dostosowania warunków organizacji kształcenia do rodzaju niepełnosprawności dziecka/ ucznia, w tym w zakresie wykorzystywania technologii wspomagających to kształcenie (w zależności od potrzeb).**
2. **Wybrane zajęcia wychowania przedszkolnego lub zajęcia edukacyjne realizowane indywidualnie z uczniem lub w grupie do 5 dzieci/ uczniów (w zależności od potrzeb i możliwości dziecka/ ucznia, wskazanych w orzeczeniu o potrzebie kształcenia specjalnego lub wynikających z wielospecjalistycznych ocen funkcjonowania dziecka/ ucznia).**
3. **Zakres współdziałania z poradniami psychologiczno-pedagogicznymi, placówkami doskonalenia nauczycieli, organizacjami pozarządowymi, innymi instytucjami oraz podmiotami działającymi na rzecz rodziny, dzieci i młodzieży (w zależności od potrzeb).**
4. **Zakres współpracy nauczycieli i specjalistów z rodzicami dziecka/ ucznia, w szczególności w realizacji zaleceń zawartych w orzeczeniu o potrzebie kształcenia specjalnego. Działania wspierające rodziców ucznia.**
5. **Ocena efektywności udzielanej dziecku/ uczniowi pomocy psychologiczno-pedagogicznej. Wnioski do dalszej pracy z uczniem.**

*W załączeniu do IPET-u.*

**10. Data założenia IPET-u:** ……………………………

|  |
| --- |
| ………………………………………………………………… |
| *(podpis wychowawcy klasy – koordynatora)* |

|  |  |
| --- | --- |
| Podpis rodzica/ pełnoletniego ucznia potwierdzający przekazanie dokumentu | |
| Data: | Podpis: |