**Specjalny Ośrodek Szkolno-Wychowawczy**

**pn. Centrum Autyzmu i Całościowych Zaburzeń Rozwojowych**

**Szkoła Podstawowa Specjalna nr 9**

.…………………………………………

imię i nazwisko ucznia

……………etap edukacyjny

**INDYWIDUALNY PROGRAM**

**EDUKACYJNO –TERAPEUTYCZNY**

rok szkolny

…………………………………………

…………………………………………

…………………………………………

…………………………………………

projekt zmodyfikowany w roku szkolnym 2021/2022

**INFORMACJE O DZIECKU**

Imię i nazwisko: ………………………………….

Data i miejsce urodzenia:………………………..…...

PESEL: ……………………………………….

Adres zamieszkania: ……………………………….

**ŚRODOWISKO RODZINNE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Imię i nazwiskorodziców/prawnych opiekunów | Adres e-mail | Tel kontaktowy |
|  |  |  |
| Rodzeństwo  |  |

**PODSTAWA OBJĘCIA DZIECKA KSZTAŁCENIEM SPECJALNYM**

|  |  |
| --- | --- |
| Nr orzeczeniakto wydał |  |
| Data wydania orzeczenia |  | Data ważnościorzeczenia |  |
| Diagnoza |  |
| Zalecenia z orzeczenia |  |
| Przedłużenie okresu nauki |  |

**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 § 6.1.1**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Metody wspomagające** |
|  | podpowiedzi słowne |
|  | podpowiedzi słowne poparte gestem |
|  | wspomaganie fizyczne |
|  | Metoda PECS  |
|  | ……………………………………………………………………………… |
|  | **Metody i formy zajęć praktycznych** |
|  | elementy Metody Dobrego Startu |
|  | elementy metody TEACH |
|  | elementy metody F. Affolter |
|  | elementy metody behawioralnej |
|  | elementy Integracji Sensorycznej |
|  | elementy metody Ruchu Rozwijającego W. Sherborne |
|  | Program Aktywności Knillów |
|  | Trening Umiejętności Społecznych |
|  | trening samodzielności |
|  | trening czystości |
|  | dogoterapia |
|  | hipoterapia |
|  | zajęcia w kuchni dydaktycznej |
|  | zajęcia higieniczno-porządkowe |
|  | zajęcia plastyczno-techniczne |
|  | zajęcia muzyczno-rytmiczne |
|  | zajęcia warsztatowe |
|  | zajęcia przy komputerze |
|  | zajęcia ruchowe z elementami treningu percepcyjno-motorycznego N.C.Kepharta |
|  | zajęcia teatralne |
|  | terapia ręki |
|  | ćwiczenia neurorozwojowe wg S.Goddard-Blythe |
|  | Poranny krąg ( stymulacja polisensoryczna według pór roku) |
|  | Elementy metody Montessori |
|  | Elementy metody Frostig |
|  | …………………………………………………………………………………….... |

**Metody oglądowe, słowne**

|  |  |
| --- | --- |
|  | pokaz |
|  | obserwacja kierowana |
|  | instrukcja słowna |
|  | opowiadanie |
|  | pogadanka |
|  | praca z książką |
|  |  elementy treningu uwagi według G. Davis |
|  | ………………………………………………………………………………………… |

**ZINTEGROWANE DZIAŁANIA NAUCZYCIELI I SPECJALISTÓW
(w tym wychowawców grup wychowawczych) UKIERUNKOWANE NA POPRAWĘ FUNKCJONOWANIA UCZNIA I WZMACNIANIE JEGO UCZESTNICTWA W ŻYCIU SZKOŁY § 6.1.2**

**Cel główny : Poprawa funkcjonowania ucznia w środowisku szkolnym i rodzinnym oraz wzmacnianie jego uczestnictwa w życiu Ośrodka**

|  |
| --- |
| **ORGANIZACJA PRACY EDUKACYJNO-WYCHOWAWCZEJ** |
|  |  1. Wprowadzenie strukturyzacji:-przestrzeni (dziecko ma stałe miejsce zajęć, odpoczynku, spożywania posiłków; wyposażenie sal pozbawione dużej ilości rozpraszających bodźców; zmiany w stabilnej przestrzeni wprowadzane razem z dzieckiem lub w jego obecności)-czasu (charakter zajęć i ich kolejność na początku terapii są stałe; dziecko jest zapoznawane z planem dnia, planem poszczególnych zajęć, etapami wykonywania czynności za pomocą dostępnych mu środków komunikowania się, typu: PCS, gesty, etykiety)-języka (komunikaty, czyli to co mówimy do dziecka, są wypowiadane w sposób jasny i zrozumiały; komunikaty są krótkie bez zbędnych i dodatkowych słów; ton wypowiedzi jednoznaczny; polecenia podzielone na pojedyncze fragmenty, które są początkowo wspomagane, nadzorowane i kontrolowane; stopniowo wycofujemy podpowiedzi i zwiększamy samodzielność dziecka)-osób (nauczyciele, którzy pracują z dzieckiem na początku terapii nie zmieniają się; prowadzenie terapii przez jedną lub dwie osoby pozwoli dziecku w krótkim czasie zdobyć orientację w rzeczywistości, szczególnie w stawianych wymaganiach, a dodatkowo zapewni mu poczucie bezpieczeństwa)-przedmiotów (przedmioty, którymi posługujemy się w życiu codziennym, jak i podczas terapii mają jednoznaczne przeznaczenie; ważne jest oddzielenie zabaweki przedmiotów, którymi dziecko posługuje się w sytuacjach naturalnych od pomocy terapeutycznych). |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |  2. Wprowadzanie zmian w sposób zaplanowany, uprzedzanie dziecka o zmianach. |
|  |  3. Dostosowanie materiału edukacyjnego i pomocy do aktualnych możliwości percepcyjnych dziecka (wizualizacja, pokaz, wsparcie manualne). |
|  |  4. Przestrzeganie stałej struktury zajęć. |
|  |  5. Uwzględnianie zaleceń zawartych w diagnozie dziecka z zakresu zaburzeń przetwarzania sensorycznego (SI) w celu odpowiedniego przygotowania otoczenia dziecka, jego miejsca w sali, sposobów pracy. |
|  |  6. Zapewnienie dziecku możliwości chwilowego odizolowania od grupy (wyjściez sali z asystentem, kącik relaksacyjny) w celu wyciszenia, uspokojenia dziecka lub ewentualnie - zapewnienia bezpieczeństwa innym dzieciom. |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **KOMUNIKACJA, FUNKCJE POZNAWCZE, ROZWÓJ SPOŁECZNO-EMOCJONALNY** |
|  |  1.Stopniowe wprowadzanie w zabawę, pomaganie w organizowaniu aktywnościw czasie wolnym. |
|  |  2. Stałe dbanie o poszerzenie zakresu zabawy i zainteresowań, aby nie utrwalać istniejących aktywności stereotypowych. |
|  |  3.Umożliwianie kontaktu terapeutycznego „jeden na jeden” (budowanie kontaktui bycie w interakcji). |
|  |  4. Stopniowe wprowadzanie w grupę ( praca w diadzie, następnie triadzie). |
|  |  5. Zachęcanie do działania poprzez nagrody. |
|  |  6. Dbanie o rozwijanie słownika (rozumienie mowy, rozumienie symbolu) poprzez odnoszenie wypowiedzi do konkretnych przedmiotów, zjawisk w otoczeniu dziecka, wskazując na nie, dotykając, pokazując, pozwalając dziecku ich doświadczyć. |
|  |  7. Wspieranie intencji komunikacyjnej dziecka. |
|  |  8. W krótkich i prostych wypowiedziach informowanie dziecka o tym, co trzeba zrobić i o tym, co robi dobrze. |
|  |  9. Odnoszenie echolalii do tego, co jest „tu i teraz”, przekierowanie uwagi. |
|  | 10. Wprowadzenie wspomagających lub alternatywnych sposobów komunikacji. |
|  | 11. Realizowanie innowacji pedagogicznej w zakresie komunikacji „Rozwijanie kluczowych umiejętności komunikacyjnych u dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu” (S.Kurdziel, J.Nizińska, 2016) |
|  | 12. Zapewnienie uporządkowanego procesu uczenia się (podział treści na części, wizualizacja), dobór treści dostosowanych do doświadczeń i zainteresowań dziecka (wycofanie treści abstrakcyjnych). |
|  | 13. Wspieranie rozumienia i nazywania emocji i uczuć.  |
|  | 14. Kształtowanie motywacji do działania. |
|  | 15. Umożliwienie dokonywania wyboru. |
|  | 16. Modelowanie właściwych zachowań w różnych sytuacjach społecznych. |
|  | 17. Stałe doskonalenie i utrwalanie nabytych umiejętności społecznych, poprzez prowadzenie treningu umiejętności społecznych. |
|  | 18. Wdrażanie ucznia do udziału w uroczystościach i imprezach szkolnych |
|  | 19.Organizacja zajęć integracyjnych pomiędzy grupami. |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**FORMY I OKRES UDZIELANIA UCZNIOWI POMOCY PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNEJ**

**ORAZ WYMIAR GODZIN § 6.1.3**

Pomoc psychologiczno-pedagogiczna będzie udzielana:

1. w trakcie bieżącej pracy z uczniem poprzez zintegrowane działania nauczycieli i specjalistów;

oraz

2. w formie (właściwe podkreślić):

 - zajęć rozwijających uzdolnienia;

 - zajęć rozwijających umiejętność uczenia się ;

 - zajęć specjalistycznych: korekcyjno-kompensacyjnych

 logopedycznych

 rozwijających kompetencje emocjonalno- społeczne

 innych zajęć o charakterze terapeutycznym;

 - porad i konsultacji

 - inne

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Rodzaj zajęć** | **Osoba prowadząca** | **Okres udzielania PPP** | **Ilość godzin** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**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 §6.1.4**

**DZIAŁANIA WSPIERAJĄCE RODZICÓW**

|  |  |
| --- | --- |
|  | konsultacje indywidualne dotyczące przebiegu edukacji i terapii |
|  | grupowe spotkania z rodzicami – pedagogizacja rodziców |
|  | organizowanie zajęć otwartych |
|  | kierowanie rodziców do instytucji i urzędów właściwych do rozwiązania ich problemów |
|  | realizowanie innowacji „Zróbmy coś razem- dzieci i rodzice wspólnie spędzają czas w szkole/ przedszkolu |
|  |  |
|  |  |

**ZAKRES WSPÓŁDZIAŁANIA Z INSTYTUCJAMI DZIAŁAJĄCYMI NA RZECZ DZIECKA I JEGO RODZINY**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Współpraca z:** | **W jakim zakresie:** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**ZAJĘCIA REWALIDACYJNE ORAZ INNE ZAJĘCIA ODPOWIEDNIE ZE WZGLĘDU
NA INDYWIDUALNE POTRZEBY ROZWOJOWE I EDUKACYJNE ORAZ MOŻLIWOŚCI PSYCHOFIZYCZNE UCZNIA § 6.1.5**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Rodzaj zajęć** | **Osoba prowadząca** | **Ilość godzin** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**ZAKRES WSPÓŁPRACY NAUCZYCIELI / SPECJALISTÓW / WYCHOWAWCÓW GRUP WYCHOWAWCZYCH Z RODZICAMI UCZNIA W REALIZACJI PRZEZ SZKOŁĘ / OŚRODEK ZADAŃ ZWIĄZANYCH Z ORGANIZOWANIEM KSZTAŁCENIA SPECJALNEGO §6.1.6**

|  |  |
| --- | --- |
| 1) **realizacja zaleceń** zawartych w orzeczeniu o potrzebie kształcenia specjalnego; |  |
| 2) **zapewnienie warunków do nauki**: sprzęt specjalistyczny i środki dydaktyczne, odpowiednie ze względu na indywidualne potrzeby rozwojowe i edukacyjne oraz możliwości psychofizyczne uczniów; |  |
| 3) **zapewnienie zajęć specjalistycznych z zakresu pomocy psychologiczno-pedagogicznej** |  |
| 4) **zapewnienie innych zajęć** odpowiednich ze względu na indywidualne potrzeby rozwojowe i edukacyjne oraz możliwości psychofizyczne uczniów, w szczególności zajęcia rewalidacyjne, resocjalizacyjne i socjoterapeutyczne; |  |
| 5) **integrację uczniów ze środowiskiem rówieśniczym,** w tym z uczniami pełnosprawnymi; |  |
| 6) **przygotowanie uczniów do samodzielności w życiu dorosłym.** |  |

**RODZAJ I SPOSÓB DOSTOSOWANIA WARUNKÓW ORGANIZACJI I KSZTAŁCENIA**

**DO RODZAJU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI UCZNIA, W TYM W ZAKRESIE WYKORZYSTANIA TECHNOLOGII WSPOMAGAJĄCEJ TO KSZTAŁCENIE § 6.1.7**

(właściwe zaznaczyć)

|  |  |
| --- | --- |
|  | Plany aktywności i Dzienniczki wydarzeń wykorzystujące symbole tworzone w programie Boardmaker |
|  | elementy metody Pecs: segregatory i tablice do komunikacji |
|  | wykorzystanie ekranu dotykowego podczas pracy z komputerem |
|  | używanie tabletu z programem Mówik |
|  | prezentacje Power Point, Prezi tworzone dla potrzeb zajęć i wykorzystywane podczas ich trwania |
|  | karty pracy tworzone w programach Word, Paint, Power Point |
|  | opracowanie tekstów do czytania, piosenek i komunikatów z wykorzystaniem programu Symwriter |
|  | edukacyjne programy multimedialne np. Sokrates, wykorzystywane podczas zajęć |
|  | korzystanie z platformy Superkid |
|  | nauka programowania (Scratch) |
|  |  |
|  |  |

 **WIELOSPECJALISTYCZNA OCENA POZIOMU FUNKCJONOWANIA UCZNIA**

Imię i nazwisko ucznia…………………………………………………….Rok szkolny:……………………………..Data dokonania oceny: ………………….

|  |
| --- |
| **PODSUMOWANIE OCENY FUNKCJONOWANIA UCZNIA****na podstawie diagnoz cząstkowych w różnych obszarach funkcjonowania** |
| **Mocne strony ucznia**(predyspozycje, uzdolnienia,dobrze opanowane umiejętności) | **Obszary wymagające wsparcia**(przyczyny niepowodzeń edukacyjnych, trudności w funkcjonowaniu, bariery i ograniczenia utrudniające funkcjonowanie i uczestnictwo ucznia w życiu szkoły) | **Indywidualne potrzeby** **rozwojowe i edukacyjne ucznia** |
| 1. **Sprawność fizyczna (motoryka duża/mała)**
 |
| * …
* …
 | * …
* …
 |  |
| 1. **Zmysły i integracja sensoryczna (wzrok, słuch, czucie, węch, równowaga)**
 |
| * …
* …
 | * …
* …
 |  |
| 1. **Komunikacja (zasób słownictwa, mowa, artykulacja, rodzaj aktywności)**
 |
| * …
* …
 | * …
* …
 |  |
| 1. **Sfera poznawcza (opanowanie technik szkolnych i treści programowych oraz pamięć, uwaga i myślenie)**
 |
| * …
* …
 | * …
* …
 |  |
| 1. **Sfera społeczna (kompetencje społeczne, relacje z dorosłymi, relacje z rówieśnikami itp.)**
 |
| * …
* …
 | * …
* …
 |  |
| 1. **Sfera emocjonalno-motywacyjna (radzenie sobie z emocjami, zachowania trudne, motywacja do nauki, itp.)**
 |
| * …
* …
 | * …
* …
 |  |
| 1. **Samodzielność i samoobsługa (nawyki higieniczne, ubieranie się, jedzenie, …)**
 |
| * …
* …
 | * …
* …
 |  |
| 1. **Zainteresowania i szczególne uzdolnienia**
 |
| * …
 |  |
| 1. **Stan zdrowia (stała opieka specjalistów, przyjmowane leki)**
 |
| * …
 |  |
| 1. **Inne obszary ważne z punktu widzenia funkcjonowania dziecka**
 |
| * …
 |  |

1. **FUNKCJONOWANIE OSOBISTE I SPOŁECZNE**

**Imię i nazwisko ucznia: …………………………………….rok szkolny:……………………………..**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cel kształcenia** | **Podejmowane działania** | **Sposób realizacji** | **Termin realizacji** | **Osoby odpowiedzialne** |
|  |  |  |  |  |

1. **ZAJĘCIA ROZWIJAJĄCE KREATYWNOŚĆ**

**Imię i nazwisko ucznia: …………………………………….rok szkolny:……………………………..**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cel kształcenia** | **Podejmowane działania** | **Sposób realizacji** | **Termin realizacji** | **Osoby odpowiedzialne** |
|  |  |  |  |  |

1. **ZAJĘCIA ROZWIJAJĄCE KOMUNIKOWANIE SIĘ**

**Imię i nazwisko ucznia: …………………………………….rok szkolny:……………………………..**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cel kształcenia** | **Podejmowane działania** | **Sposób realizacji** | **Termin realizacji** | **Osoby odpowiedzialne** |
|  |  |  |  |  |

1. **WYCHOWANIE FIZYCZNE**

**Imię i nazwisko ucznia: …………………………………….rok szkolny:……………………………..**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cel kształcenia** | **Podejmowane działania** | **Sposób realizacji** | **Termin realizacji** | **Osoby odpowiedzialne** |
|  |  |  |  |  |

1. **ETYKA/RELIGIA**

**Imię i nazwisko ucznia: …………………………………….rok szkolny:……………………………..**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cel kształcenia** | **Podejmowane działania** | **Sposób realizacji** | **Termin realizacji** | **Osoby odpowiedzialne** |
|  |  |  |  |  |

1. **REWALIDACJA INDYWIDUALNA**

**Imię i nazwisko ucznia: …………………………………….rok szkolny:……………………………..**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cel kształcenia** | **Podejmowane działania** | **Sposób realizacji** | **Termin realizacji** | **Osoby odpowiedzialne** |
|  |  |  |  |  |

**Powyższy Indywidualny Program Edukacyjno–Terapeutyczny sporządzony został
dla ………...........................................................dn………………………. przez zespół w składzie:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko** | **stanowisko** | **podpis** |
|  | Wychowawca |  |
|  | wychowawca świetlicowy |  |
|  | nauczyciel rewalidacji indywidualnej |  |
|  | nauczyciel rewalidacji indywidualnej |  |
|  | nauczyciel rewalidacji indywidualnej |  |
|  | katecheta |  |
|  | nauczyciel wychowania fizycznego |  |
|  | psycholog |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**INFORMACJA O ZATWIERDZENIU IPET**

**Oświadczam, że:**

- zapoznałem/am się z treścią IPET,

- nie wnoszę zastrzeżeń do treści IPET **/** wnoszę następujące uwagi do IPET\*

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………- otrzymałem/am ksero IPET **/** rezygnuję z otrzymania kserokopi IPET\*

……………………………………………………..

 Data i podpis rodzica/opiekuna prawnego

 lub adnotacja o poinformowaniu

 ……………………………………………………..

 Data i podpis Dyrektora

**\*niepotrzebne skreślić**