**Specjalny Ośrodek Szkolno -Wychowawczy**

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

**Szkoła Specjalna Przysposabiająca do Pracy nr 4**

.…………………………………………

imię i nazwisko ucznia

etap edukacyjny

………

**INDYWIDUALNY PROGRAM**

**EDUKACYJNO – TERAPEUTYCZNY**

rok szkolny

**2017/2018**

…………………………………………

…………………………………………

…………………………………………

projekt zmodyfikowany w roku szkolnym 2017/2018

**INFORMACJE O UCZNIU**

Imię i nazwisko:……………………………………………………………………………………..  
  
Data i miejsce urodzenia:……………………………………………………………………………  
  
PESEL:……….……………………………………………………………………………………..   
  
Adres zamieszkania:…………………………………………………………………………………

**ŚRODOWISKO RODZINNE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko rodziców | Adres e-mail | Tel. kontaktowy |
| Imię i nazwisko prawnych opiekunów | Adres e-mail | Tel. kontaktowy |
| Rodzeństwo | | |

**PODSTAWA OBJĘCIA UCZNIA KSZTAŁCENIEM SPECJALNYM**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nr orzeczenia  kto wydał |  | | |
| Data wydania orzeczenia |  | Data ważności  orzeczenia |  |
| Diagnoza |  | | |
| Zalecenia z orzeczenia |  | | |
| Wydłużenie etapu edukacyjnego |  | | |

**WIELOSPECJALISTYCZNA OCENA POZIOMU FUNKCJONOWANIA UCZNIA**

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 ucznia** | | |
| * … | |  |

**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 (uczeń ma stałe miejsce zajęć, odpoczynku, spożywania posiłków; wyposażenie sal pozbawione dużej ilości rozpraszających bodźców; zmiany w stabilnej przestrzeni wprowadzane razem z uczniem lub w jego obecności)  -czasu (charakter zajęć i ich kolejność na początku terapii są stałe; uczeń jest zapoznawany  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 ucznia, 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 ucznia)  -osób (nauczyciele, którzy pracują z uczniem na początku terapii nie zmieniają się; prowadzenie terapii przez jedną lub dwie osoby pozwoli uczniowi 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 zabawek i przedmiotów, którymi uczeń posługuje się w sytuacjach naturalnych od pomocy terapeutycznych). | |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  | 2. Wprowadzanie zmian w sposób zaplanowany, uprzedzanie ucznia o zmianach. | |
|  | 3. Dostosowanie materiału edukacyjnego i pomocy do aktualnych możliwości percepcyjnych ucznia (wizualizacja, pokaz, wsparcie manualne). | |
|  | 4. Przestrzeganie stałej struktury zajęć. | |
|  | 5. Uwzględnianie zaleceń zawartych w diagnozie ucznia  z zakresu zaburzeń przetwarzania sensorycznego (SI) w celu odpowiedniego przygotowania otoczenia ucznia, jego miejsca w sali, sposobów pracy. | |
|  | 6. Zapewnienie uczniowi możliwości chwilowego odizolowania od grupy (wyjście z sali z asystentem, kącik relaksacyjny) w celu wyciszenia, uspokojenia ucznia lub ewentualnie - zapewnienia bezpieczeństwa innym uczniom. | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
| **KOMUNIKACJA, FUNKCJE POZNAWCZE, ROZWÓJ SPOŁECZNO-EMOCJONALNY** | |
|  | 1.Stopniowe wprowadzanie do aktywności, pomaganie w organizowaniu aktywności w czasie wolnym. |
|  | 2. Stałe dbanie o poszerzenie zakresu zainteresowań, aby nie utrwalać istniejących aktywności stereotypowych. |
|  | 3.Umożliwianie kontaktu terapeutycznego „jeden na jeden” (budowanie kontaktu i 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 ucznia, wskazując na nie, dotykając, pokazując, pozwalając uczniowi ich doświadczyć. |
|  | 7. Wspieranie intencji komunikacyjnej ucznia. |
|  | 8. W krótkich i prostych wypowiedziach informowanie ucznia 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 uczniów 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 ucznia (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 ośrodka |
|  | 19.Organizacja zajęć integracyjnych pomiędzy grupami. |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**FORMY I OKRES UDZIELANIA UCZNIOWI POMOCY PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNEJ ORAZ WYMIAR GODZIN § 6.1.3**

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

**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** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**DZIAŁANIA WSPIERAJĄCE RODZICÓW UCZNIA ORAZ ZAKRES WSPÓŁPRACY NAUCZYCIELI I SPECJALISTÓW Z RODZICAMI UCZNIA**

**ORAZ INSTYTUACJAMI DZIAŁAJACYMI NA RZECZ RODZINY §6.1.4 oraz §6.1.6**

**ZAKRES WSPÓŁPRACY Z RODZICAMI**

w kontekście bezpośredniej pracy z uczniem w szkole i w środowisku domowym w obszarze:

|  |  |
| --- | --- |
| samodzielność |  |
| Socjalizacja (w tym kształtowanie umiejętności komunikacyjnych oraz eliminowanie zachowań trudnych) |  |
| inne obszary |  |

**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 UCZNIA I JEGO RODZINY**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Współpraca z:** | **W jakim zakresie:** |
|  | NZOZ Effatha- Ośrodek dla Osób z Autyzmem: | - opieka lekarzy i pielęgniarki;  - zajęcia indywidualne i grupowe z:  fizjoterapeutą,  psychologiem,  pedagogiem specjalnym;  - obserwacje i zebrania zespołu terapeutycznego; |
|  | Specjalistyczną Poradnią Wczesnej Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej ul. Półkole 11, Poradnią Psychologiczno – Pedagogiczną Nr 2, ul. Siewna 23d | uzyskiwania opinii oraz zaleceń do pracy z dziećmi; |
|  | Stowarzyszeniem „Przyszłość” | realizacji i współfinansowania zajęć dodatkowych dla uczniów; |
|  | Innymi instytucjami | Na prośbę rodziców przygotowywanie dokumentacji potrzebnej do uzyskania wsparcia finansowego/rzeczowego dla ucznia/rodziny |
|  |  |  |
|  |  |  |

**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) |
|  |  |
|  |  |

**CELE DZIAŁAŃ EDUKACYJNYCH**

**UWZGLĘDNIAJĄCE ZDIAGNOZOWANE POTRZEBY UCZNIA**

**KSZTAŁTOWANIE ZACHOWAŃ POZYTYWNYCH**

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

**ETYKA/RELIGIA**

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

**WYCHOWANIE FIZYCZNE**

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

**FUNKCJONOWANIE OSOBISTE I SPOŁECZNE**

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

**ZAJĘCIA ROZWIJAJĄCE KOMUNIKOWANIE SIĘ**

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

**PRZYSPOSOBIENIE DO PRACY**

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

**ZAJĘCIA KSZTAŁTUJĄCE KREATYWNOŚĆ**

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

**ZAJĘCIA REWALIDACYJNE**

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

**ZAJĘCIA REWALIDACYJNE**

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

**GODZINA DODYSPOZYCJI DYREKTORA W ZAKRESIEROZWOJUZAINTERESOWAŃ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 |  |
|  | nauczyciel funkcjonowania osobistego i społecznego |  |
|  | nauczyciel zajęć rozwijających komunikowanie się |  |
|  | nauczyciel przysposobienia do pracy |  |
|  | nauczyciel przysposobienia do pracy |  |
|  | nauczyciel przysposobienia do pracy |  |
|  | katecheta |  |
|  | nauczyciel wychowania fizycznego |  |
|  | nauczyciel zajęć kształtujących kreatywność |  |
|  | nauczyciel rewalidacji |  |
|  | nauczyciel rewalidacji |  |
|  | nauczyciel rewalidacji |  |
|  | nauczyciel rewalidacji |  |
|  | psycholog |  |
|  | pedagog |  |
|  | doradca zawodowy |  |
|  | nauczyciel realizujący godzinę do dyspozycji dyrektora |  |
|  | wychowawca półinternatu |  |

**UWAGI DO IPET**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………..**

**INFORMACJA O ZATWIERDZENIU IPET**

|  |  |
| --- | --- |
| **Data i podpis Dyrektora** | **Data i podpis rodzica/opiekuna prawnego lub adnotacja o poinformowaniu** |
|  |  |

**W CZERWCU ROBIMY EWALUACJĘ**

|  |
| --- |
| **EWALUACJA IPET ZA OKRES** ………………………………z dnia…………………… |

1. **WIELOSPECJALISTYCZNA OCENA POZIOMU FUNKCJONOWANIA UCZNIA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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 ucznia** | | |
| * … | |  |

1. **OCENA WYNIKÓW NAUCZANIA**

|  |  |
| --- | --- |
| **ETYKA/RELIGIA** |  |
| **WYCHOWANIE FIZYCZNE** |  |
| **FUNKCJONOWANIE OSOBISTE I SPOŁECZNE** |  |
| **ZAJĘCIA ROZWIJAJĄCE KOMUNIKOWANIE SIĘ** |  |
| **PRZYSPOSOBIENIE DO PRACY** |  |
| **ZAJĘCIA KSZTAŁTUJĄCE KREATYWNOŚĆ** |  |
| **ZAJĘCIA REWALIDACJNE** |  |

1. **OCENA ZACHOWANIA**

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

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

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

1. **OCENA EFEKTYWNOŚCI POMOCY PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNEJ**

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

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

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

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

1. **UWAGI DODATKOWE DO IPET**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

|  |
| --- |
| **ZESPÓŁ DOKONUJĄCY EWALUACJI IPET ucznia ………………………** |

Wychowawca klasy:

……………………………………………..…

Nauczyciele:

………………………………………………..

……………………………………………….

………………………………………………..

……………………………………………….

………………………………………………..

…………………………………………….…

……………………………………………….. ……………………………………………….

………………………………………………..

.……………………………………………….

Podpis rodzica/opiekuna prawnego Podpis dyrektora Ośrodka:

…………………………………………….…… ………….…………………………………..

**WE WRZEŚNIU**

**ROBIMY MODYFIKACJĘ IPETU**

|  |
| --- |
| **MODYFIKACJA IPET DLA UCZNIA……………………. Z DNIA**…………………… |

**WIELOSPECJALISTYCZNA OCENA POZIOMU FUNKCJONOWANIA UCZNIA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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 ucznia** | | |
| * … | |  |

1. **Działania rewalidacyjne:**

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

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

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

1. **Pomoc psychologiczno-pedagogiczna**

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

1. **Zakres współpracy z rodzicami**

|  |  |
| --- | --- |
| samodzielność |  |
| socjalizacja  (w tym kształtowanie umiejętności  komunikacyjnych oraz eliminowanie zachowań trudnych) |  |
| inne obszary |  |

1. **Szczegółowe cele kształcenia**

**KSZTAŁTOWANIE ZACHOWAŃ POZYTYWNYCH**

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

**RELIGIA/ETYKA**

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

**WYCHOWANIE FIZYCZNE**

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

**FUNKCJONOWANIE OSOBISTE I SPOŁECZNE**

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

**ZAJĘCIA ROZWIJAJĄCE KOMUNIKOWANIE SIĘ**

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

**PRZYSPOSOBIENIE DO PRACY**

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

**ZAJĘCIA KSZTAŁTUJĄCE KREATYWNOŚĆ**

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

**ZAJĘCIA REWALIDACYJNE**

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

**GODZINA DODYSPOZYCJI DYREKTORA W ZAKRESIE ROZWOJU ZAINTERESOWAŃ**

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

|  |
| --- |
| **ZESPÓŁ DOKONUJĄCY MOFDYFIKACJI IPET ucznia ………………………** |

Wychowawca klasy: ……………………………………

Nauczyciele:

……………………………………………….. ……………………………………………….

……………………………………………….. ……………………………………………….

……………………………………………….. …………………………………………….…

……………………………………………….. ……………………………………………….

………………………………………….. ……………………………………………….

Podpis rodzica/opiekuna prawnego Podpis dyrektora Ośrodka:

………………………………………… …………………………………………..