

# INDYWIDUALNY PROGRAM EDUKACYJNO-TERAPEUTYCZNY

dla .....

Nr dop. ....

Imię i nazwisko ucznia	
Rok urodzenia	
Nazwa szkoły	
Etap edukacyjny	
Podstawa objęcia kształceniem specjalnym	
Data założenia dokumentacji	

## I. WIELOASPEKTOWA OCENA POZIOMU FUNKCJONOWANIA UCZNIĄ:

- ROZPOZNANIE WYNIKAJĄCE Z ORZECZENIA O POTRZEBIE KSZTAŁCENIA SPECJALNEGO

Diagnoza	
Zalecenia	

- OCENA POZIOMU FUNKCJONOWANIA UCZNIĄ

Cechy ucznia (mocne strony), które pozytywnie wpływają na rozwój ucznia.	
Trudności (pierwotne i wtórne).	
Informacja o funkcjonowaniu ucznia w grupie.	

## II. CELE TERAPEUTYCZNE

Cele terapeutyczne	
Warunki zapobiegania wtórnym skutkom niepełnosprawności	

### III. CELE EDUKACYJNE

- ..... /ogólne/
- .....

### IV. ZAKRES I SPOSÓB DOSTOSOWANIA WYMAGAŃ EDUKACYJNYCH WYNIKAJĄCYCH Z PROGRAMU NAUCZANIA DO INDYWIDUALNYCH POTRZEB ROZWOJOWYCH UCZNI

- (Dostosowane treści programowe z przedmiotów)
- Dostosowanie sposobu oceniania.

### V. ZINTEGROWANE DZIAŁANIA NAUCZYCIELI I SPECJALISTÓW PROWADZĄCYCH ZAJĘCIA Z UCZNIEM

- Działania o charakterze rewalidacyjnym (jaki typ zajęć – opisać cele)

### VI. FORMY I OKRES UDZIELANIA POMOCY PSYCHOLOGICZNO - PEDAGOGICZNEJ:

Forma pomocy	Sposób realizacji	Okres udzielanej pomocy	Osoba realizująca	Tygodniowy wymiar godzin

### VII. DZIAŁANIA WSPIERAJĄCE ROZWÓJ UCZNI ORAZ ZAKRES WSPÓLPRACY Z RODZICAMI I INSTYTUCJAMI:

Obszar działań	Forma	Uwagi

### VIII. OCENA SKUTECZNOŚCI DZIAŁAŃ EDUKACYJNO – TERAPEUTYCZNYCH, EWALUACJA PROGRAMU / wypełniamy na koniec każdego roku szkolnego/:

Działanie	Wnioski	Modyfikacje
Cele terapeutyczne		
Zakres dostosowania wymagań edukacyjnych		
Formy pomocy psych-pedagog.		

Zajęcia rewalidacyjne /wymienić jakie/		
Działania wspierające rozwój ucznia we współpracy z rodzicami i instytucjami		

#### IX. INFORMACJE O ZATWIERDZENIU PROGRAMU.

Program opracował zespół w składzie:

Imię i nazwisko nauczyciela/specjalisty	Stanowisko	Podpis

.....

Podpis rodziców/prawnych opiekunów

.....

Podpis Dyrektora