Załącznik 7

do Procedury organizacji pomocy psychologiczno – pedagogicznej w PP nr4 w Złotowie

Złotów, dnia……………………….

**Indywidualny Program Edukacyjno – Terapeutyczny**

**dla dziecka z orzeczeniem o potrzebie kształcenia specjalnego**

1. **Informacja o dziecku**
2. Imię i nazwisko dziecka …………………………………………..…………………………
3. Data urodzenia ……………………………………………..………………………
4. Nr teczki dziecka ….............................
5. Data opracowania IPET ……………………………………………………..………………
6. Nazwa i adres Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej lub innej, pod opieką której znajduje się aktualnie dziecko

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

1. Nr orzeczenia o p. k. s. ……………………. Data wydania orzeczenia ……….………………
2. Rodzaj niepełnosprawności …………………………………………..…………………………
3. Zalecenia Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej lub innej, pod opieką której znajduje się aktualnie dziecko

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

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

1. Diagnoza psychologiczno – pedagogiczna (aktualny poziom umiejętności, zainteresowania i uzdolnienia, możliwości rozwojowe, potrzeby, funkcjonowanie emocjonalne, motywacja)

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

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

1. **Charakterystyka dziecka**

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

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

1. **Sytuacja rodzinna**

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

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

1. **Osoby uczestniczące w procesie wspomagania rozwoju**
2. Nauczyciele

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

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

1. Specjaliści

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

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

1. **Pomoc psychologiczno-pedagogiczna**
2. **Cele** do osiągnięcia w zakresie, w jakim dziecko wymaga pomocy psychologiczno – pedagogicznej

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

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

1. **Zakres i sposób** dostosowania programu wychowania przedszkolnego do indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych oraz możliwości psychofizycznych dziecka, w szczególności przez zastosowanie odpowiednich metod i form pracy z dzieckiem

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

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

1. **Zintegrowane** **działania** nauczycieli i specjalistów prowadzących zajęcia z dzieckiem niepełnosprawnym – działania o charakterze rewalidacyjnym

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

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

1. **Formy i okres** udzielania wychowankowi pomocy psychologiczno – pedagogicznej oraz wymiar godzin, w którym poszczególne formy będą realizowane

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Formy pracy** | **Okres udzielania form** | **Wymiar godzin w tygodniu****(dni tyg., i ilość godzin realizacji)**  | **Osoba odpowiedz.** |
| Terapia pedagogiczna |  |  |  |
| Zajęcia logopedyczne |  |  |  |
| Zajęcia rehabilitacyjne |  |  |  |
| Zajęcia z psychologiem |  |  |  |
| Terapia integracji sensorycznej |  |  |  |
| Inne |  |  |  |

1. **Działania wspierające** rodziców dziecka (zakres współdziałania z poradniami psychologiczno – pedagogicznymi, w tym poradniami specjalistycznymi, placówkami doskonalenia nauczycieli, organizacjami pozarządowymi oraz innymi instytucjami działającymi na rzecz rodziny, dzieci i młodzieży, ze specjalnymi ośrodkami szkolno – wychowawczymi, młodzieżowymi ośrodkami wychowawczymi i młodzieżowymi ośrodkami socjoterapii)

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

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

1. **Zajęcia** rewalidacyjne oraz inne zajęcia dostosowane do indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych oraz możliwości psychofizycznych dziecka

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

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

1. W ramach działań o charakterze rewalidacyjnym, zastosowane **metody komunikacji**

|  |  |
| --- | --- |
| **Wychowanek** | **Zastosowane metody komunikacji w ramach zajęć rewalidacyjnych:** |
| dziecko niewidome | 1. nauka orientacji przestrzennej i poruszania się oraz nauka systemu Braille’a,
2. inna alternatywna metoda komunikacji ……………….

…………………………………………………………………………... |
| dziecko niesłyszące lub z afazją | 1. nauka języka migowego,
2. inna alternatywna metoda komunikacji ……………….

…………………………………………………………………………... |
| dziecko z autyzmem, w tym z zespołem Aspergera | zajęcia rozwijające umiejętności społeczne, w tym komunikacyjne (jakie?) ………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………. |

1. **Zakres współpracy** nauczycieli, specjalistów z rodzicami w realizacji przez przedszkole zadań, o których mowa w pkt. § 5 pkt. 4 Procedury organizowania pomocy psychologiczno – pedagogicznej w przedszkolu

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

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

1. Uwagi zespołu

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

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

1. Uwagi rodziców

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

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

Podpisy członków zespołu Akceptacja dyrektora Podpis rodziców/praw. op.

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

……………………………………… ………………………………………

………………………………………

………………………………………

………………………………………