***Zespół Szkół Ekonomiczno-Usługowych***

***im. Fryderyka Chopina w Żychlinie***

***Załącznik nr 3 do procedur ppp***

**INDYWIDUALNY PROGRAM EDUKACYJNO-TERAPEUTYCZNY (IPET)**

|  |
| --- |
| 1. **METRYCZKA:**
 |
| Imię i nazwisko ucznia |  |
| Rok urodzenia ucznia |  |
| Podstawa założenia IPET – nr i data wydania orzeczenia |  |
| Rozpoznanie wynikające z orzeczenia |  |
| Nazwa szkoły | Zespół Szkół Ekonomiczno – Usługowych im. Fryderyka Chopina w Żychlinie |
| Oznaczenie etapu edukacyjnego | Szkoła ponadpodstawowa  |
| Oznaczenie klasy |   |
| 1. **CELE PROGRAMU**
 |
| 1. Cele edukacyjne
 |  |
| 1. Cele terapeutyczne
 |  |
| 1. **ZINTEGROWANE DZIAŁANIA NAUCZYCIELI I SPECJALISTÓW PRACUJĄCYCH Z UCZNIEM W CELU POPRAWY FUNKCJONOWANIA UCZNIA I WZMACNIANIU JEGO UCZESTNICTWA W ZYCIU SZKOŁY:**
 |
| 1. nauczyciele pracujący z uczniem
 | Należy przestrzegać następujących zasad:- indywidualizacji – dostosowania wymagań, metod ,form pracy z uczniem do jego możliwości wzrokowych, intelektualnych i jego tempa pracy,- poczucia bezpieczeństwa, życzliwości i zaufania;- stopniowania trudności;- kształtowania motywacji do nauki poprzez zachęty i pochwały,- stosowanie wzmocnień pozytywnych:- dodatkowe zajęcia dydaktyczno – wyrównawcze; |
| 1. Działania o charakterze socjoterapeutycznym/

Terapeutycznym | - Konsultacje wspierające z pedagogiem;- Indywidualne porady;- Budowanie pozytywnych relacji z rówieśnikami w społeczności szkolnej; |
| 1. Działania o charakterze rewalidacyjnym
 |  |
| 1. Psycholog
 | Dostępny w Powiatowej Poradni Psych-Pedagogicznej wg potrzeb ucznia; |
| 1. Logopeda
 | Dostępny w Powiatowej Poradni Psych-Pedagogicznej wg potrzeb ucznia; |
| 1. **SPOSÓB DOSTOSOWAŃ WYMAGAŃ EDUKACYJNYCH ZAKRES DO INDYWIDUALNYCH POTRZEB ROZWOJOWYCH I EDUAKCYJNCYCH ORAZ MOZLIWOŚCI PSYCHOFIZYCZNYCH UCZNIA**

**Ogólne:** **Szczegółowe:** dołączone załączniki z dostosowania wymagań z poszczególnych przedmiotów |
| 1. **Formy pracy**

 **Metody pracy** |  |
| 1. **RODZAJ I SPOSÓB DOSTOSOWANIA WARUNKÓW ORGANIZACJI KSZTAŁCENIA DO RODZAJU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI UCZNIA**
 |
| **VI. ZAKRES WSPÓLPRACY NAUCZYCIELI I SPECJALISTÓW Z RODZICAMI**  **DZIECKA W REALIZACJI PROGRAMU**Współpraca w zakresie osiągania przez ucznia celów edukacyjno-terapeutycznych:* Porady/ Konsultacje w zakresie wspierania rozwoju dziecka udzielane przez poszczególnych nauczycieli i specjalistów uczących,
* Prowadzenie dziennika zajęć rewalidacyjnych,
* Informacja o funkcjonowaniu syna w społeczności szkolnej.
 |
| **VII. DZIAŁANIA WSPIERAJĄCE RODZICÓW UCZNIA*** Bieżące informacje o postępach dziecka w szkole.
* Zebrania w szkole.
* Konsultacje i dyżury nauczycielskie.
* Organizowanie wsparcia stosownie do zaistniałych potrzeb.
 |
| 1. **Formy pomocy udzielane uczniowi – okres udzielania, wymiar godzin**
 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Formy pomocy psychologiczno-pedagogicznej | Tygodniowy wymiar godzin | Okres udzielania pomocy |
| Zajęcia rewalidacyjne |  | Cały okres nauki |
| Zajęcia socjoterapeutyczne/terapeutyczne |  |  |
| Zajęcia logopedyczne |  |  |
| Terapia psychologiczna |  |  |
| Zajęcia dydaktyczno - wyrównawcze |  |  |

 |
| 1. **Zajęcia socjoterapeutyczne /rewalidacyjne/inne1)**

Zajęcia rewalidacyjne z specjalistą– 2 godz/tyg |
| 1. **Zajęcia związane z wyborem kierunku kształcenia lub z zakresu doradztwa zawodowego1)- konsultacje z kierownikiem kształcenia praktycznego**
 |
| 1. **Wybrane zajęcia edukacyjne, realizowane indywidualnie z uczniem lub w grupie do 5 osób (w zależności od indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych, możliwości psychofizycznych ucznia, wskazanych w orzeczeniu)1)**
 |
| 1. **Okresowa ocena efektywności podejmowanych działań**
 | Przynajmniej dwa razy w roku szkolnym :- po I semestrze - w II semestrze  |
| 1. **Ewaluacja**
 | - bieżąca obserwacja ucznia na zajęciach - wywiad z rodzicami i uczącymi nauczycielami na temat postępów i trudności  |

1. *Wypełnia się, gdy dotyczy ucznia*

Podpisy członków zespołu:

1.……………………………

2.……………………………

3.……………………………

itd

 ………………………………...

Podpis dyrektora

……..……………… …………………………………………

*Data*  *Podpis rodzica/rodziców*