***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*