……………………………………………..

 pieczątka placówki

**Indywidualny program edukacyjno- terapeutyczny**

**ucznia Specjalnego Ośrodka Szkolno- Wychowawczego Nr1 Elblągu obowiązujący na okres:**

 **I /II/ III/IV etapu edukacyjnego**

**Imię i nazwisko:**

**Data i miejsce urodzenia:**

**Pesel:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Adres zamieszkania, nr tel.:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Rok szkolny | Klasa/imię i nazwisko wychowawcy klasy | Świetlica szkolna/uczęszcza/ nie uczęszcza  |
| 2017- 2018 |  |  |
| 2018- 2019 |  |  |
| 2019- 2020 |  |  |

**Rozpoznanie wynikające z orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego**( numer orzeczenia, z dnia, na jaki okres):

.....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**Wielospecjalistyczna ocena poziomu funkcjonowania ucznia**( orzeczenia, opinie, dokumentacja medyczna, informacje od rodzica i innych specjalistów pracujących z dzieckiem):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Obszar***  | ***Mocne strony, umiejętności, zdolności, zainteresowania*** | ***Słabe strony, ograniczenia, informacje o trudnościach*** |
| **Rozwój fizyczny****(motoryka duża i mała, funkcjonowanie zmysłów i integracja sensoryczna, stan zdrowia)** |  |  |
| **Komunikowanie się oraz artykulacja** |  |  |
| **Funkcjonowanie poznawcze *( opanowanie technik szkolnych zakres opanowanych treści programowych, osiągnięcia i trudności, pamięć, uwaga, myślenie)*** |  |  |
| **Sfera emocjonalno- motywacyjna*(radzenie sobie z emocjami, motywacja do nauki i do pokonywania trudności, itp.)*** |  |  |
| **Sfera społeczna(kompetencje społeczne, relacje z dorosłymi, relacje z rówieśnikami)** |  |  |
| **Samodzielność** |  |  |
| **Inne** |  |  |

**Zalecenia z Poradni Psychologiczno- Pedagogicznej:**

**.....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................**

**Zakres i sposób dostosowania wymagań**

|  |
| --- |
| **Zalecenia do pracy** |
| **Dostosowania** | **Rodzaj działań** |
| W zakresie sposobów przekazywania treści |  |
| W zakresie sposobów motywowania i zdobywania umiejętności |  |
| Metody pracy podczas obowiązkowych i dodatkowych zajęć |  |

**Uczeń realizuje zajęcia rewalidacyjne z zakresu:**

1. ..................................................-.............................-................................................................

 zajęcia wymiar czasu realizator zajęć

2. ..................................................-.............................-................................................................

 zajęcia wymiar czasu realizator zajęć

3. ..................................................-.............................-................................................................

 zajęcia wymiar czasu realizator zajęć

4. ..................................................-.............................-................................................................

 zajęcia wymiar czasu realizator zajęć

5. ..................................................-.............................-................................................................

 zajęcia wymiar czasu realizator zajęć

**Indywidualny program edukacyjno- terapeutyczny został skonstruowany w oparciu o:**

1. Zalecenia zawarte w orzeczeniu o potrzebie kształcenia specjalnego wydane z Poradni Psychologiczno- Pedagogicznej.
2. Wyniki badań specjalistycznych( psychologicznych, pedagogicznych, logopedycznych).
3. Wyniki testów szkolnych.
4. Obserwację ucznia.
5. **Zakres współpracy nauczycieli i specjalistów z rodzicami:**

|  |  |
| --- | --- |
| Zakres działań | Forma realizacji |
| 1. Realizacja zaleceń zawartych w orzeczeniu o potrzebie kształcenia specjalnego
2. Integracja ucznia ze środowiskiem rówieśniczym.
3. Przygotowanie ucznia do samodzielności w życiu dorosłym.
 | rozmowy z rodzicami, zajęcia otwarte, zebrania z rodzicami, współorganizowanie uroczystości, udział w wycieczkach, grupy wsparcia |

1. **Działania wspierające rodziców we współpracy z instytucjami.**

|  |  |
| --- | --- |
| *Instytucja* | *Rodzaj i zakres współpracy* |
| Poradnia psychologiczno- pedagogiczna | Poradnia PPP Nr 2 w Elblągu- wydanie orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego na czas nauki w ........ |
| Poradnia specjalistyczna | Poradnia ................................... |
| Organizacje pozarządowe( fundacje, stowarzyszenia) | ………………………………………. |
| Placówki doskonalenia zawodowego | ……………………………………… |
| Instytucje działające na rzecz rodziny, dzieci i młodzieży( sądy, KMP, MOPS) | ……………………………………… |

**Program opracował zespół w składzie:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko | specjalność | podpis |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
| 5. |  |  |  |
| 6. |  |  |  |

**Data opracowania programu:**……………………………………

**Wyrażam zgodę i akceptuję realizację indywidualnego programu edukacyjno- terapeutycznego.**

........................................... ........................................

 Podpis rodzica/ opiekuna prawnego podpis Dyrektora