

INDYWIDUALNY PROGRAM EDUKACYJNO- TERAPEUTYCZNY

Dane dziecka	Imię i nazwisko	
	Data urodzenia	
	Miejsce zamieszkania	
Dane przedszkola	Nazwa i adres	
Dane kontaktowe rodziców /opiekunów prawnych (imię i nazwisko, miejsce zamieszkania, telefon)	Matka/ prawny opiekun	
	Ojciec/ prawny opiekun	
Podstawa opracowania programu	nr i data wydania orzeczenia	
	z uwagi na	
Dane dotyczące programu	Data opracowania	
	Czas realizacji programu	

I. WIELOSPECJALISTYCZNA OCENA FUNKCJONOWANIA DZIECKA

1. Załącznik nr 1 do IPET

II. INDYWIDUALNY PROGRAM EDUKACYJNO- TERAPEUTYCZNY

Zalecenia zawarte w orzeczeniu- podstawa opracowania IPET	
--	--

III. CELE EDUKACYJNO- TERAPEUTYCZNE PROGRAMU

	Cele edukacyjne	Cele terapeutyczne
Cele ogólne		
Cele szczególne		

IV. ZALECENIA DO PRACY

Zakres dostosowania wymagań edukacyjnych	Zintegrowane działania
Warunki zewnętrzne (w tym stanowisko pracy)	
Organizacja pracy na zajęciach	
Egzekwowanie wiedzy	

Motywowanie i ocenianie	
Sprzęt specjalistyczny i środki dydaktyczne	
Inne	

V. ZAKRES ZINTEGROWANYCH DZIAŁAŃ NAUCZYCIELI I SPECJALISTÓW (KTO W RAMACH JAKICH ZAJĘĆ I JAKIE DZIAŁANIA PODEJMUJE).

Rodzaj zajęć	Zakres działań
Rewalidacja indywidualna	Załącznik nr 2
Zajęcia logopedyczne	Załącznik nr 3
Integracja sensoryczna	Załącznik nr 4
Zajęcia z psychologiem	Załącznik nr 5
Zajęcia indywidualne ze specjalistami i zajęcia wychowawczo- edukacyjno- opiekuńcze w grupie	
Inne zajęcia	

Formy i metody podczas zajęć obowiązkowych i dodatkowych	Zalecane formy pracy			
	Metody pracy z dzieckiem podczas obowiązkowych i dodatkowych zajęć			
Ustalenia dyrektora	Formy pomocy	Okres	Wymiar godzin	Sposoby
	Zajęcia:			
Zakres współpracy nauczycieli i specjalistów z rodzicami dziecka				
Zakres współpracy z instytucjami	Nazwa instytucji	Zakres współpracy		
	1. Poradnia psychologiczno- pedagogiczna w Działdowie. 2. Placówki doskonalenia nauczycieli			

VI. OCENA EFEKTYWNOŚCI UDZIELANEJ POMOCY

Ewaluacja dwa razy w roku (styczeń- załącznik nr 6, czerwiec- załącznik nr 7).

Program IPET opracował na posiedzeniu w dniu zespół w składzie:

1. Koordynator.....
2. Logopeda-.....
3. Terapeuta SI
4. Psycholog.....
5. Nauczyciel.....
6. Nauczyciel.....

Program zatwierdzał:

Dyrektor:

Zapoznałam/-łem się z programem i akceptuję:
Otrzymałam/em kopię dokumentów

.....
data i podpis rodzica/ prawnego opiekuna dziecka