

Wyniki rozpoznania z wielospecjalistycznej oceny poziomu funkcjonowania ucznia

1	Mocne strony ucznia:	Umiejętności:
	
	
		Wiadomości:
	
	
		Pozytywne cechy ucznia
	
	

2	Informacje o trudnościach ucznia (pierwotne i wtórne skutki niepełnosprawności):
----------	---

3	Informacje o nie wymienionych w orzeczeniu przyczynach trudności:
----------	--

4	Informacje o funkcjonowaniu dziecka w grupie:
----------	--

5	Narzędzia diagnostyczne wykorzystane do pozyskania informacji:
----------	---

Kwalifikacja do zajęć specjalistycznych:

Lp	Rodzaj zajęć	Kwalifikacja T/N
1	Logopedyczne	
2	Rewalidacja indywidualna	
3	Zajęcia psychoedukacyjne	
4	Socjoterapeutyczne	
5	EEG Biofeedback	
6	Integracja sensoryczna	
7	Inne o charakterze terapeutycznym (jakie?)	

III.

Podpisy osób dokonujących kwalifikacji do zajęć specjalistycznych:				
Wychowawca klasy	Wychowawca grupy	Psycholog	Pedagog	Logopeda
Zintegrowane działania nauczycieli, specjalistów i wychowawców grup wychowawczych prowadzących zajęcia z uczniem ukierunkowane na poprawę funkcjonowania ucznia / w tym w zależności od potrzeb na komunikowanie się z użyciem alternatywnych metod komunikacji oraz wzmacnianie jego uczestnictwa w życiu szkolnym				
IV.	1	Nauczyciele pracujący z uczniem		
	2	Działania o charakterze socjoterapeutycznym		
	3	Działania o charakterze rewalidacyjnym		
	4	Psycholog		
	5	Logopeda		
V.	Zakres i sposób dostosowania wymagań edukacyjnych do indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych oraz możliwości psychofizycznych ucznia w szczególności przez zastosowanie odpowiednich metod i form pracy z uczniem (dla każdego przedmiotu w formie załączników).			
	lp	Przedmiot	Nauczyciel prowadzący	Nr załącznika
	1.			
	2.			
3.				

VII. Formy i okres udzielania uczniowi pomocy psychologiczno – pedagogicznej oraz wymiar godzin

Formy pomocy	Tygodniowy wymiar godzin	Okres udzielania pomocy
Zajęcia rewalidacyjne		
Zajęcia logopedyczne		
Zajęcia rozwijające kompetencje emocjonalno - społeczne		
Integracja sensoryczna		
Zajęcia rozwijające uzdolnienia i zainteresowania /kółka zainteresowań/		
Inne zajęcia o charakterze terapeutycznym		
Zajęcia związane z wyborem kierunku kształcenia i zawodu		

X.	Rodzaj i sposób dostosowania warunków organizacji kształcenia do rodzaju niepełnosprawności ucznia :					
.....						
.....						
.....						
.....						
.....						
.....						
.....						
XI.	Inne					
.....						
.....						
.....						
.....						
.....						
XII.	Zatwierdzenie IPET przez Zespół					
	1	Data zatwierdzenia IPET		Podpis osoby odpowiedzialnej:		
	/...../.....			
	2	Podpis Dyrektora SOSW				
					
3	Podpis rodziców / opiekunów prawnych		Adnotacja o poinformowaniu rodziców / opiekunów prawnych			
					
XIII.	Ewaluacja programu					
	L P	Data	Dział / przedmiot	Rodzaj i zakres modyfikacji	Podpis osoby wprowadzającej modyfikację	Adnotacja o poinformowaniu rodziców
	1.					

--	--	--	--	--	--	--

Załącznik nr:		IPET nr:	
1.	Przedmiot / obszar oddziaływania:		
2.	Program nauczania		
	Nr dopuszczenia:	Tytuł:	Autor:
3.	Cele edukacyjne		
4.	Procedury osiągnięcia celów: określenie metod, form i środków dydaktycznych		
5.	Zakres dostosowania osiągnięć ucznia		
6.	Treści programowe		
7.	Dostosowanie sposobu sprawdzenia wiadomości i oceniania		

8.	Ewaluacja programu				
	L P	Data	Rodzaj i zakres modyfikacji	Podpis osoby wprowadzającej modyfikację	Adnotacja o poinformowaniu rodziców
	1.				
	2.				
	3.				
	4.				
	5.				
	6.				
	Data i podpis osoby odpowiedzialnej za realizację treści zawartych w załączniku				