……………………………

 (Pieczątka szkoły)

**INDYWIDUALNY PROGRAM EDUKACYJNO TERAPEUTYCZNY (IPET)**

**dla ucznia słabosłyszącego**

**na czas II etapu edukacyjnego**

**I. Metryczka**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DANE UCZNIA** | Imię i nazwisko |  |
| **DANE SZKOŁY/PLACÓWKI** | Nazwa i adres | Szkoła Podstawowa nr 4 z Oddz. Integracyjnymi w Namysłowie. u … |
| Oznaczenie klasy/grupy | VI d |
| **PODSTAWA OPRACOWANIA PROGRAMU** | Nr i data wydania orzeczenia | Orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego  z dn. |
| Z uwagi na: |  |
| **DANE DOTYCZĄCE PROGRAMU IPET** | Data opracowania |  |
| Czas realizacji programu | II etap edukacyjny |

**II. ZALECENIA ZAWARTE W ORZECZENIU:**

**III. CELE EDUKACYJNO – TERAPEUTYCZNE**

|  |  |
| --- | --- |
| **CELE EDUKACYJNE** | **CELE TERAPEUTYCZNE** |
|  |  |

**IV. ZAKRES I SPOSÓB DOSTOSOWANIA WYMAGAŃ EDUKACYJNYCH WYNIKAJACYCH Z PROGRAMU NAUCZANIA DO INDYWIDUALNYCH POTRZEB ROZWOJOWYCH I EDUKACYJNYCH ORAZ MOŻLIWOŚCI PSYCHOFIZYCZNYCH UCZNIA**

|  |  |
| --- | --- |
| Elementy indywidualnego programu edukacyjno-terapeutycznego | Zalecenia do ich realizacji |
| a) warunki/zewnętrzna organizacja nauczania | . |
| b) środki dydaktyczne/sprzęt |   |
| c) ocenianie |  |
| d) warunki egzaminacyjne  |  |
| e) Zakres dostosowań form i metod pracy |  |

**V. ZINTEGROWANE DZIAŁANIA NAUCZYCIELI I SPECJALISTÓW UKIERUNKOWANE NA POPRAWĘ FUNKCJONOWANIA UCZNIA**

**Np.**

Z uwagi na dysfunkcje słuchu uczeń wymaga indywidualnych zajęć surdopedagogiem.

1. W trakcie bieżącej pracy z uczniem bazowanie na tych jego funkcjach psychicznych i fizycznych, które są najsilniejsze i najmniej zaburzone.
2. Stawianie na mocne strony ucznia i poszukiwanie tego, co w nim najlepsze.
3. Zapewnienie mu poczucia bezpieczeństwa i komfortu emocjonalnego w sytuacjach zadaniowych.
4. Tworzenie klimatu akceptacji i zrozumienia.
5. Wspomaganie wszechstronnego i harmonijnego rozwoju ucznia na miarę jego indywidualnych możliwości.
6. 2. Wyrównywanie i kompensowanie harmonii rozwojowych, korygowanie zaburzonych funkcji.
7. Troska o rozwój emocjonalny
8. Rozwijanie autonomii ucznia niepełnosprawnego, jego personalizacja i resocjalizacja.
9. Wspomaganie rozwoju mowy i umiejętności porozumiewania się, rozwijanie kompetencji językowych, umiejętności w zakresie czynnym i biernym, kształcenie spontanicznej ekspresji słownej.
10. Stosowanie na wszystkich zajęciach edukacyjnych i dodatkowych metod pracy opartych na przeżyciu, doświadczeniach i praktycznym działaniu.
11. Stosowanie środków dydaktycznych wizualizujących treści nauczania, aktywizujących metod pracy, formy pracy w grupie zadaniowej.
12. Systematyczne utrwalanie wiedzy, powtarzanie, dbałość o poprawne wyrażanie myśli i spójność wypowiedzi.

**VI. ZAJĘCIA REWALIDACYJNE:**

Zajęcia rewalidacyjne usprawniające funkcje słuchowe.

**VII. FORMY, WYMIAR GODZIN I OKRES UDZIELANIA UCZNIOWI POMOCY**

**Rodzaj zajęć:** podczas zajęć obowiązkowych, podczas zajęć dodatkowych

**Formy pracy:** indywidualna, w grupie, zbiorowa.

**Ustalenia dyrektora:**

1. Zajęcia o charakterze rewalidacyjnym prowadzone indywidualnie w roku szkolnym 2017/2018 w wymiarze 2 godz. po 60 min w tygodniu:

**VII. WSPÓŁPRACA Z RODZICAMI**

|  |  |
| --- | --- |
| Działania wspierające rodziców | . |
| Współpraca z rodzicami w celu zapewnienia : realizacji zaleceń zawartych w orzeczeniu i warunków do nauki ( w tym sprzętu specjalistycznego i odpowiednich środków dydaktycznych, zajęć specjalistycznych, integracji dziecka ze środowiskiem i przygotowaniem go do samodzielności w życiu dorosłym |  |

**VIII. ZAKRES WSPÓŁPRACY Z PORADNIAMI I INNYMI INSTYTUCJAMI (W ZALEŻNOŚCI OD POTRZEB).**

IX. **SKŁAD ZESPOŁU OPRACOWUJĄCY IPET:**

Członkowie Zespołu:

**……………………………………………………………….**

**……………………………………………………………….**

**………………………………………………………………**

**………………………………………………………………**

**………………………………………………………………**

**……………………………………………………………….**

Data opracowania IPET ……………………………..

Podpis wychowawcy: (koordynatora pracy zespołu opracowującej IPET )

……………………………………………………………………………..

Podpis nauczyciela wspomagającego:…………………………………….

Podpis dyrektora szkoły: ………………………………………………….

Podpis rodziców/prawnych opiekunów

………………………………………………..