**INDYWIDUALNY PROGRAM EDUKACYJNO-TERAPEUTYCZNY (IPET)**

zgodnie z:

* Ustawą z 14 grudnia 2016 r. Prawo Oświatowe (Dz.U. 2023 r. poz.900, 1672, 1718, 2005)
* Rozporządzeniem MEN z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnej, niedostosowanych społecznie i zagrożonych niedostosowaniem społecznym (Dz.U. 2020 r. poz.1309)
* Rozporządzeniem MEN z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (DZ.U. 2020 r. poz.1798)

|  |
| --- |
| **I. METRYCZKA:** |
| Imię i nazwisko ucznia |  |
| Rok urodzenia ucznia |  |
| Podstawa założenia karty IPET: - nr orzeczenia - data wydania orzeczenia - data wpływu orzeczenia do szkoły |  |
| Nazwa szkoły | Zespół Szkół Technicznych Centrum Kształcenia Zawodowego w Rusocinie |
| Oznaczenie etapu edukacyjnego | Szkoła ponadpodstawowa |
| Oznaczenie klasy / zawód  |  |
| Rok szkolny | 20………./20……… |
| **II. ROZPOZNANIE WYNIKAJĄCE Z ORZECZENIA O POTRZEBIE KSZTAŁCENIA SPECJALNEGO** |
| 1. Diagnoza
 |  |
| 1. Zalecenia
 |  |
| 1. Uzasadnienie
 |  |
| **III. Wielospecjalistyczna ocena poziomu funkcjonowania ucznia:** |
| 1. Cechy ucznia sprzyjające rozwojowi

 (mocne strony) |  |
| 1. Trudności ucznia

 (pierwotne i wtórne) |  |
| 1. Inne (niewymienione w orzeczeniu) informacje o uczniu
 |  |
| 1. Funkcjonowanie ucznia w grupie klasowej
 |  |
| **IV. Rodzaj i zakres zintegrowanych działań nauczycieli i specjalistów prowadzących zajęcia z uczniem**  |
| 1. Cele edukacyjne
 |  |
| 1. Cele terapeutyczne
 |  |
| 1. Cele wychowawcze
 |  |
| **V. ZAKRES ZINTEGROWANYCH DZIAŁAŃ NAUCZYCIELI I SPECJALISTÓW PRACUJĄCYCH Z UCZNIEM:** |
| 1. Wskazania do pracy z uczniem
 | **a) edukacyjne:****b) wychowawcze:** |
| 1. Program nauczania
 |  |
| **VI. Forma pracy** |  |
| **VII. Zasady pracy** |  |
| **VIII. Formy pomocy udzielane uczniowi – okres udzielania, wymiar godzin** | **Formy pomocy psychologiczno – pedagogicznej** | **Tygodniowy wymiar godzin** | **Okres udzielania pomocy** |
|  |  |  |
| **IX. Działania wspierające rodziców/opiekunów ucznia** |  |
| **X. Zakres współpracy nauczycieli i rodziców** |  |
| **XI. Ewaluacja** |  |
| **XII. Wnioski do dalszych działań** |  |

Podpisy specjalistów zespołu PPP i nauczycieli uczących:

| Nr  | Imię i nazwisko  | Funkcja / Przedmiot  | Podpis |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. |  | Wychowawca |  |
| 2. |  | Pedagog |  |
| 3. |  | Psycholog |  |
| 4. |  | Doradca zawodowy |  |
| 5. |  |  |  |
| 6. |  |  |  |
| 7. |  |  |  |
| 8. |  |  |  |
| 9. |  |  |  |
| 10. |  |  |  |
| 11. |  |  |  |
| 12. |  |  |  |
| 13. |  |  |  |
| 14. |  |  |  |
| 15. |  |  |  |
| 16. |  |  |  |
| 17. |  |  |  |
| 18. |  |  |  |
| 19. |  |  |  |
| 20. |  |  |  |

……………………………………………

 *Podpis dyrektora*

Potwierdzam zapoznanie się z dokumentem i otrzymanie kopii IPET.

…………..…………………………………………………………………………………….

 *Data i podpis rodzica/prawnego opiekuna/pełnoletniego ucznia*