**ANEKS**

**do INDYWIDUALNEGO PROGRAMU EDUKACYJNO-TERAPEUTYCZNEGO (IPET)**

Działając na podstawie obowiązujących przepisów prawa w zakresie organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej, a także po dokonaniu oceny efektywności Indywidualnego Programu Edukacyjno-Terapeutycznego w roku szkolnym . . . . . . . . . . / . . . . . . . . . . , podczas posiedzenia zespołu, wprowadzono następujące modyfikacje w Indywidualnym Programie Edukacyjno-Terapeutycznym uczennicy/ucznia:

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

*Imię i nazwisko uczennicy/ucznia klasa rok szkolny*

1. w treści dotyczącej danych osobowych uczennicy/ucznia wprowadza się zmianę w oznaczeniu klasy z . . . . . . na . . . . . ., a także zmianę roku szkolnego z . . . . . . . . / . . . . . . . . na . . . . . . . . / . . . . . . . .
2. wprowadza się następujące formy pomocy psychologiczno-pedagogicznej, zastępując dotychczasowe, zawarte w punkcie . . . . . . . . . .:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Formy pomocy****psychologiczno-pedagogicznej** | **Tygodniowy wymiar godzin** | **Okres udzielania pomocy** | **Osoba odpowiedzialna** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. Inne zmiany w zapisach IPET: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

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

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

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

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*