**Indywidualny Program Edukacyjno-Terapeutyczny dla ucznia Szkoły Podstawowej nr 1 w Brześciu Kujawskim**

**w roku szk. 2016-2017**

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

 imię, nazwisko ucznia, klasa

……………………………………………………………………………………

 numer orzeczenia i data wydania

orzeczenie do kształcenia specjalnego z uwagi na:

wydane na czas:

w załączeniu wyniki wielospecajlistycznej oceny poziomu funkcjonowania ucznia (mocne, słabe strony, wyniki diagnozy szkolnej, obserwacje, wywiad z rodzicami, dokumentacja medyczna).

* **Informacje wynikające z wielospecjalistycznej oceny funkcjonowania ucznia**

mocne strony:

 słabe strony:

* **Zakres dostosowania wymagań edukacyjnych** (w wypadku ucznia

z niepełnosprawnością lekką, umiarkowaną, głęboką dostosowanie treści programowych w załącznikach - dołącza wychowawca do dokumentacji ucznia)

* **Rodzaj i zakres zintegrowanych działań rewalidacyjnych, socjoterapeut., resocjalizacyjnych**
* **Formy i metody pracy oraz zajęcia rewalidacyjne i inne.**
* **zakres współdziałania z poradniami i innymi instytucjami**
* **współpraca nauczycieli i specjalistów z rodzicami w zakresie realizacji zaleceń orzeczenia i przygotowania ucznia do samodzielności w życiu dorosłym oraz działania wspierające rodziców**

**Nauczyciele/specjaliści biorący udział w diagnozowaniu:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko | Funkcja | Podpis | Data |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |

**Formy, sposoby, okres udzielania pomocy oraz wymiar godzin ustalone przez dyrektora:**

 Dyrektor Szkoły Podstawowej nr 1 w Brześciu Kujawskim informuje, że

w roku szkolnym 2016-2017 przewidziana jest pomoc psychologiczno – pedagogiczna w następującej formie:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Forma pomocy | Wymiar godzin | Prowadzący | Termin realizacji |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

 …………………………………………

 Pieczęć i podpis Dyrektora Szkoły

**Ocena efektywności udzielanego wsparcia psychologiczno – pedagogicznego**

 **po I semestrze roku szk.2016/17**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Forma udzielanej uczniowi pomocy psychologiczno -pedagogicznej | Ocena efektywności udzielonej uczniowi pomocy psychologiczno -pedagogicznej | Imię i nazwisko nauczyciela dokonującego oceny |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Uwagi,spostrzeżenia……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………… …………………………………

 Wychowawca klasy Dyrektor szkoły

**Ocena efektywności pomocy psychologiczno-pedagogicznej udzielonej uczniowi na koniec roku szk.2016/2017**

a) Poziom wiedzy i umiejętności szkolnych. Funkcje percepcyjno-motoryczne.

b) Funkcjonowanie społeczno-emocjonalne (jako ucznia i członka społeczności klasowej).

……………………………… …………………………………

 Wychowawca klasy Dyrektor szkoły