Załącznik nr 1

Ruda Wielka, dn. …………………

**POWOŁANIE**

Powołanie zespołu ds. pomocy psychologiczno – pedagogicznej dla ucznia/uczennicy ………………………..z klasy …………. w składzie:

1. ………………………..
2. ………………………..
3. ………………………..
4. ………………………..
5. ………………………..
6. ………………………..

Na koordynatora zespołu wyznaczam ………………………………………...

…………………………………….

Podpis i pieczątka dyrektora

Załącznik nr 2

 Ruda Wielka dn. …………………

 **Sz. P……………………………………..**

**INFORMACJA DLA RODZICÓW**

Dyrektor Publicznej Szkoły Podstawowej w Rudzie Wielkiej informuje, że dla ucznia ……………………………………………………….... klasy ………… zostały ustalone następujące formy pomocy psychologiczno – pedagogicznej, które będą realizowane w okresie roku szkolnego ……………………………….

* ………………………………………..…...…. – w wymiarze ……………
* ………………………………………..…...…. – w wymiarze ……………
* ………………………………………..…...…. – w wymiarze ……………
* ………………………………………..…...…. – w wymiarze ……………

…………………………………….

Podpis i pieczątka dyrektora

ZAPONZAŁEM SIĘ Z INFORMACJĄ: …………………………………………………….

 (data i podpis rodzica)

Załącznik nr 3

Ruda Wielka, dn. …………………..

**Szanowni Państwo**

………………………………………………………..

 Dyrekcja Publicznej Szkoły Podstawowej w Rudzie Wielkiej informuje Państwa, że dn. ……………. w godzinach …………..… odbędzie się spotkanie zespołu nauczycieli i specjalistów prowadzących zajęcia z Państwa dzieckiem. Zadaniem zespołu jest planowanie i koordynowanie udzielania pomocy psychologiczno - pedagogicznej Państwa dziecku w szkole.

 **Jeżeli życzycie Państwo sobie wziąć udział w spotkaniu – serdecznie zapraszamy.**

 **W sytuacji, kiedy uznacie Państwo, że w spotkaniu zespołu powinny uczestniczyć jeszcze inne osoby (lekarz, psycholog, pedagog, logopeda lub inny specjalista) należy zgłosić dyrektorowi wniosek w tej sprawie.**

Wszelkich informacji udzieli Państwu koordynator……………………………………………

 Z poważaniem

 ……………………………………

Załącznik nr 4

**Wykaz uczniów objętych pomocą psychologiczno-pedagogiczną**

Imię i nazwisko wychowawcy……………………………………………..

Klasa……………………….

Rok szkolny………………………..

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko ucznia  | Zakres pomocy  | Formy i sposoby pomocyuczniowi  | Wymiar godzin i czas trwania pomocy  | Formy i sposoby pomocy dla rodzica | Podpis dyrektora  | Data  | Uwagi  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**…………………………..**

**Podpis dyrektora szkoły**

Załącznik nr 5

**WIELOSPECJALISTYCZNA OCENA POZIOMU FUNKCJONOWANIA UCZNIA**

**Imię i nazwisko**:

**Klasa:**

**Semestr:**

**Rok szkolny:**

|  |  |
| --- | --- |
| ***ZAGADNIENIA*** | ***INFORMACJE NA TEMAT UCZNIA/UCZENNICY*** |
| **1**.Indywidualne potrzeby rozwojowe i edukacyjne |  |
| 2.Mocne strony, predyspozycje, zainteresowania, uzdolnienia |  |
| 3.Funkcjonowanie w klasie, grupie rówieśniczej |  |
| **4**.Zakres i charakter wsparcia ze strony nauczycieli lub pomocy nauczyciela |  |
| 5.Przyczyny niepowodzeń edukacyjnych lub trudności w funkcjonowaniu ucznia w tym bariery i ograniczenia utrudniające funkcjonowanie i uczestnictwo ucznia w życiu szkoły. |  |

Zalecenia do pracy na przyszły okres/półrocze/rok szkolny:

(Co rekomenduje zespół na dalszy etap pracy z dzieckiem?)

**Podpisy członków Zespołu:**

**.………………………………………**

**…..……………………………………**

**.………………………………………**

**……………………………………….**

 **……………………………………….**

**.………………………………………**

 ……………………………………...

 Data, Podpis rodzica

Załącznik nr 6

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

|  |
| --- |
|  **METRYCZKA** |
| **Imię i nazwisko ucznia** |  |
| **Rok urodzenia ucznia** |  |
| **Podstawa założenia karty IPET – nr i data wydania orzeczenia** |  |
| **Nazwa placówki** |  |
| **Oznaczenie etapu edukacyjnego** |  |
| **Oznaczenie grupy** |  |
| **Rok szkolny** |  |
| 1. **Rozpoznanie wynikające z orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego**
 |
| **Diagnoza** |  |
| **Zalecenia** |  |
| 1. **Cele programu**
 |
| **Cele edukacyjne**  |  |
| **Cele terapeutyczne/wychowawcze** |  |
| 1. **Zakres i sposób dostosowania wymagań edukacyjnych do indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych oraz możliwości psychofizycznych ucznia**
 |
| **Wskazania do pracy z uczniem – dostosowanie wymagań** |  |
| 1. **Zintegrowane działania nauczycieli i specjalistów prowadzących zajęcia z uczniem**
 |
| **Działania o charakterze rewalidacyjnym** |  |
| **Działania o charakterze korekcyjno-kompensacyjnym** |  |
| **Działania o charakterze logopedycznym** |  |
| **Działania o charakterze terapeutycznym** |  |
| **Formy pracy** |  |
| **Zasady pracy** |  |
| **Formy pomocy udzielane uczniowi – okres udzielania, wymiar godzin** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Formy pomocy psychologiczno-pedagogicznej** | **Tygodniowy wymiar godzin** | **Okres udzielania pomocy** |
| Zajęcia logopedyczne |  |  |
| Zajęcia korekcyjno-kompensacyjne |  |  |
| Zajęcia rewalidacyjne |  |  |
| Zajęcia o charakterze terapeutycznym |  |  |
| Opieka psychologiczna |  |  |
| Nauczyciel wspomagający |  |  |
| Porady i konsultacje |  |  |

 |
| **Działania wspierające rodziców ucznia** |  |
| **Zakres współpracy nauczycieli i rodziców** |  |
| **Zakres współdziałania z instytucjami** |  |
| **Ewaluacja****Sposoby oceny efektów działań podjętych przez szkołę w celu realizacji zaleceń** |  |
| **Przewidywane osiągnięcia** |  |

………………………… ………………………………………….

*data* *podpis rodziców/prawnych opiekunów*

**Opracował zespół w składzie:**

1.....................................................................

2.……………………………………………

3.……………………………………………

4.....................................................................

5.……………………………………………

6.……………………………………………

7…………………………………………….

 …………………

podpis dyrektora