

Załącznik 1.

INFORMACJA DLA RODZICÓW/ PRAWNYCH OPIEKUNÓW
Dotycząca organizacji i udzielania pomocy psychologiczno- pedagogicznej

Dyrektor Szkoły Podstawowej im. Bronisława Malinowskiego w Osinie, informuje, że zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017r. w sprawie organizacji i udzielania pomocy psychologiczno- pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach, w roku szkolnym

córcę/ synowi.....

udzielona zostanie pomoc psychologiczno- pedagogiczna w formie:

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

.....

Miejscowość, data

.....

Imię i nazwisko rodzica/ prawnego opiekuna

(czytelny podpis)

WNIOSEK WYCHOWAWCY

o objęcie dziecka/ ucznia pomocą psychologiczno- pedagogiczną

Imię i nazwisko dziecka/ ucznia.....

Klasa

Imię i nazwisko wnioskodawcy.....

Proszę o objęcie dziecka/ ucznia pomocą psychologiczno- pedagogiczną
w formie

.....
.....

Uzasadnienie wniosku:

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

.....

(Data i podpis wnioskodawcy)

Załącznik 3.

INDYWIDUALNY PROGRAM EDUKACYJNO- TERAPEUTYCZNY

zgodny z Rozporządzeniem Ministerstwa Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017r. zmieniający rozporządzenie w sprawie warunków organizowania kształcenia , wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych oraz niedostosowanych społecznie w przedszkolach, szkołach i oddziałach ogólnodostępnych i integracyjnych

1. Dane ucznia :

Imię i nazwisko ucznia:

Klasa:

Wiek:

Wychowawca:

Nr orzeczenia:

Wydane przez:

IPET na okres:

Data wystawienia Wielospecjalistycznej Oceny Poziomu Funkcjonowania ucznia:

- 2. Zakres zaleceń wynikających z orzeczenia poradni psychologiczno- pedagogicznej i wielospecjalistycznej oceny poziomu funkcjonowania ucznia:**
- 3. Charakterystyka ucznia na podstawie Wielospecjalistycznej Oceny Poziomu Funkcjonowania Ucznia:**
- 4. Cele:**
 - edukacyjne:**
 - terapeutyczne:**
- 5. programu nauczania do indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych oraz możliwości psychofizycznych ucznia, o których mowa w przepisach w sprawie warunków i sposobu oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów oraz przeprowadzania sprawdzianów i egzaminów w szczególności przez zastosowanie odpowiednich metod i forma pracy z uczniem.**

PRZEDMIOT/ PROGRAM NAUCZANIA	ZAKRES I SPOSÓB DOSTOSOWANIA WYMAGAŃ EDYKACYJNYCH	ZASTOSOWANE METODY I FORMY PRACY Z UCZNIEM	UWAGI

6. Zintegrowane działania nauczycieli i specjalistów prowadzących zajęcia z uczniem:

7. Formy i okres udzielania uczniowi pomocy psychologiczno- pedagogicznej w tym zajęcia rewalidacyjne, resocjalizacyjne i socjoterapeutyczne oraz inne zgodnie z § 6.1 pkt.5 oraz wymiar godz., w którym, poszczególne formy pomocy będą realizowane, zgodnie z przepisami

Formy pomocy psychologiczno- pedagogicznej w tym zajęcia inne zgodnie z §6.1 pkt.5	Okres udzielania pomocy	Wymiar godzin	Uwagi

8. Działania wspierające rodziców ucznia:

9. W zależności od potrzeb, zakres współdziałania z poradniami psychologiczno- pedagogicznymi, w tym poradniami specjalistycznymi, z MOS, MOW, OPS, organizacjami pozarządowymi i innymi działającymi na rzecz rodzin, dzieci i młodzieży.

10. Zakres współpracy nauczycieli i specjalistów z rodzicami ucznia w realizacji zadań , o których mowa w §5 ust.1

11. Tygodniowy plan zajęć dydaktycznych dla ucznia

12. Zespół opracowujący IPET:

13. Zatwierdzam Indywidualny Program Edukacyjno- Terapeutyczny dla ucznia

Data

podpis dyrektora

14. Zapoznałem/am się z Indywidualnym Programem Edukacyjno-Terapeutycznym dla mojego dziecka.

Niniejszym akceptuję

.....

Data

.....

podpis rodzica/opiekuna

Załącznik 4.

WIELOSPECJALISTYCZNA OCENA POZIOMU FUNKCJONOWANIA UCZNI

Zgodny z Rozporządzeniem Ministerstwa Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017r. zmieniający rozporządzenie w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych oraz niedostosowanych społecznie w przedszkolach, szkołach i oddziałach ogólnodostępnych i integracyjnych

Imię i nazwisko ucznia:

Klasa:

Wiek:

Wychowawca:

Nr orzeczenia:

Data wystawienia:

Wydane przez:

Wielospecjalistycznej oceny poziomu funkcjonowania ucznia dokonano w dniu:

Orzeczenie (zalecenia poradni):

Wywiad/rozmowa z rodzicami/opiekunami:

Opinie lekarskie i specjalistyczne dotyczące zdrowia dziecka (dokumentacja medyczna):

Opinie nauczycieli i wychowawcy – obserwacje, analiza wytworów, funkcjonowanie ucznia w szkole:

Opinie specjalistów pracujących z dzieckiem w szkole (pedagog, logopeda, psycholog, terapeuta i inni):

Wielospecjalistyczna ocena poziomu funkcjonowania ucznia:

1. Indywidualne potrzeby rozwojowe i edukacyjne, mocne strony, predyspozycje, zainteresowania i uzdolnienia ucznia.

2. Przyczyny niepowodzeń lub trudności w tym bariery ograniczenia utrudniające funkcjonowanie i uczestnictwo ucznia w życiu szkoły.

3. Zakres i charakter wsparcia nauczycieli i specjalistów.

4. Efekty podejmowanych działań.

Podpis członków zespołu:

Pedagog szkolny:

Rewalidator:

Logopeda:

Nauczyciele przedmiotów:

Wychowawca:

.....
Podpis rodzica/opiekuna

Kartę WOPFU otrzymałam do wglądu

**data, podpis i pieczęć
Dyrektora**

Załącznik 5.

Osina,

Szanowna Pani/ Szanowny Pan

.....

Uprzejmie informuję, że w dniuo godz. w gabinecie pedagoga szkolnego, odbędzie się spotkanie Zespołu ds. pomocy psychologiczno- pedagogicznej. Celem tego spotkania jest opracowanie Indywidualnego Programu Edukacyjno- Terapeutycznego dla ucznia/ uczennicy.....

Będę uczestniczyła/- ł w spotkaniu Zespołu TAK* NIE *

**prawkłtłwe pokreślić*

.....

Podpis lidera Zespołu

.....

Podpis rodzica/ prawnego opiekuna

Załącznik 6.

Osina,

PROTOKÓŁ

z posiedzenia zespołu ds. pomocy psychologiczno- pedagogicznej

Szkoła Podstawowa

PORZĄDEK ZEBRANIA:

Obecni:

1.
2.
3.
4.

.....- lider zespołu