

.....  
(pieczętka przedszkola)

### Indywidualny Program Edukacyjno-Terapeutyczny

<b>Dane dziecka</b>	Imię i nazwisko	
	Data urodzenia	
	Miejsce zamieszkania	
<b>Dane przedszkola</b>	Nazwa i adres	
	Oznaczenie grupy	
<b>Dane kontaktowe rodziców/opiekunów prawnych</b> (imię i nazwisko, miejsce zamieszkania, telefon, e-mail)	Matka/prawny opiekun	
	Ojciec/prawny opiekun	
<b>Podstawa opracowania programu</b>	nr i data wydania orzeczenia	
	z uwagi na (zaznaczyć właściwe)	<input type="checkbox"/> Niepełnosprawność (jaka?) ..... <input type="checkbox"/> Zagrożenie niedostosowaniem
<b>Dane dotyczące programu</b>	Data opracowania	
	Czas realizacji programu	

Wielospecjalistyczna ocena funkcjonowania dziecka	
<b>Informacje zebrane od rodziców</b>	
<b>Diagnoza psychologiczna</b>	
<b>Diagnoza pedagogiczna</b>	
<b>Diagnoza logopedyczna</b>	

<b>Obserwacje nauczycieli</b>	
<b>Informacje o stanie zdrowia</b> (przykładowe źródła: dokumentacja medyczna, lekarz, pielęgniarka, rehabilitant)	
<b>Informacje od doradcy zawodowego</b>	
<b>Inne źródła informacji</b>	

<b>Podsumowanie</b> (ocena funkcjonowania dziecka w różnych obszarach)		<b>Mocne strony</b>	<b>Słabe strony</b>
	Rozwój fizyczny (w tym motoryka duża i mała, funkcjonowanie zmysłów, stan zdrowia)		
Funkcjonowanie poznawcze			
Emocje i motywacja			
Funkcjonowanie społeczne			
Komunikacja			
Samodzielność			
Szczególne uzdolnienia			

<b>Cele</b>		
	<b>Edukacyjne</b>	<b>Terapeutyczne</b>
<b>Ogólne</b>		
<b>Szczególne</b> (operacyjne)		

Ocena efektywności pomocy psychologiczno-pedagogicznej udzielanej dziecku	
<b>Data</b>	
<b>Powód</b> <i>(zaznaczyć właściwe)</i>	<input type="checkbox"/> Zakończenie udzielania określonej formy pomocy <input type="checkbox"/> Podsumowanie pomocy udzielanej w ciągu roku <input type="checkbox"/> Na wniosek <i>(czyj?)</i> .....
<b>Analiza udzielonej pomocy</b>	Które z realizowanych form i sposobów pomocy były skuteczne? W jakim zakresie?
	Które z realizowanych form i sposobów pomocy były nieskuteczne? Dlaczego?
	Których form lub sposobów pomocy nie realizowano? Jaka był przyczyna zaniechania?
	Które spośród założonych celów udało się zrealizować?
	Których celów nie udało się osiągnąć? Co było przyczyną?
	Jakie metody pracy z dzieckiem zespół ocenia jako najskuteczniejsze?
	W jakim zakresie nastąpił progres w rozwoju dziecka?
	W jakim zakresie nastąpił regres? Dlaczego?

Zajęcia w zależności od stwierdzonej dysfunkcji:

- dziecka niepełnosprawnego – zakres działań o charakterze rewalidacyjnym,
- dziecka niedostosowanego społecznie – zakres działań o charakterze resocjalizacyjnym,
- dziecka zagrożonego niedostosowaniem społecznym – zakres działań o charakterze socjoterapeutycznym.

Zalecenia do pracy			
Zakres dostosowania wymagań edukacyjnych		Osoba odpowiedzialna za realizację	Zintegrowane działania
		W zakresie przygotowania środowiska zewnętrznego (budynek, sala – miejsce zabaw, nauki i spożywania posiłków przez dziecko, łazienka i inne)	
	W zakresie przekazywanych treści nauczania na poszczególnych zajęciach		
	W zakresie sposobów przekazywania treści (wiedza i umiejętności)		
	W zakresie sprawdzania wiedzy i umiejętności		
	W zakresie motywowania dziecka do zdobywania wiedzy i umiejętności		
	Warunki i formy dostosowań na sprawdzianach/egzaminach wewnętrznych i zewnętrznych		
Formy i metody	Zalecane formy udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej <i>(zaznaczyć właściwe)</i>	zajęcia: <input type="checkbox"/> korekcyjno-kompensacyjne <input type="checkbox"/> logopedyczne <input type="checkbox"/> socjoterapeutyczne <input type="checkbox"/> rewalidacyjne <input type="checkbox"/> inne zajęcia o charakterze terapeutycznym <i>(jakie?)</i> ..... <input type="checkbox"/> porady i konsultacje	
	Metody pracy z dzieckiem podczas obowiązkowych i dodatkowych zajęć		

Ustalenia dyrektora związane z udzielaniem dziecku pomocy psychologiczno-pedagogicznej	<b>Formy pomocy</b> <i>(zaznaczyć właściwe)</i>		<b>Okres</b>	<b>Wymiar godzin</b>
	zajęcia: <input type="checkbox"/> korekcyjno-kompensacyjne <input type="checkbox"/> logopedyczne <input type="checkbox"/> socjoterapeutyczne <input type="checkbox"/> rewalidacyjne <input type="checkbox"/> inne zajęć o charakterze terapeutycznym <i>(jakie?)</i> ..... <input type="checkbox"/> porady i konsultacje			
	<b>Sposoby:</b>			
Zakres współpracy nauczycieli i specjalistów z rodzicami dziecka w realizacji zadań				
Działania wspierające rodziców dziecka				
Zakres współdziałania z poradniami psychologiczno-pedagogicznymi, placówkami doskonalenia nauczycieli i innymi instytucjami	<b>Nazwa instytucji</b>	<b>Dane kontaktowe</b>	<b>Zakres współpracy</b>	
<b>Podpisy</b>	<i>(osób obecnych na spotkaniu zespołu)</i>		<i>(dyrektora)</i>	

.....  
(pieczętka przedszkola)

## Karta Indywidualnych Potrzeb Ucznia

### Część A

(wypełniana na posiedzeniu zespołu zgodnie z dokumentacją dotyczącą dziecka)

<b>Dane dziecka</b>	Imię i nazwisko dziecka		
	Data urodzenia		
	Miejsce zamieszkania		
<b>Dane kontaktowe rodziców/opiekunów prawnych</b> (imię i nazwisko, miejsce zamieszkania, telefon, e-mail)	Matka/prawny opiekun		
	Ojciec/prawny opiekun		
<b>Dane przedszkola</b>	Nazwa i adres		
	Oznaczenie grupy		
<b>Data założenia karty</b>		<b>Koordinator zespołu</b>	
<b>Podstawa opracowania KIPU</b>	Orzeczenie o potrzebie indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego	Numer i data wydania	Dotyczy
	Opinia poradni psychologiczno-pedagogicznej	Numer i data wydania	Dotyczy
	1) .....		
	2) .....		
3) .....			
Rozpoznanie dokonane w przedszkolu	Data zgłoszenia	Dotyczy	
<b>Osoba zgłaszająca:</b> .....			
<b>Przekazywanie karty</b>	Dane placówki, do której przekazano kartę	Data przekazania	Uwagi i adnotacje
	1) .....		
	2) .....		

## Część B

(wypełniana przez zespół zgodnie z obserwacjami pedagogicznymi dokonanyimi przez nauczyciela i specjalistów pracujących z dzieckiem oraz na podstawie opinii lub orzeczenia, jeśli dziecko takie posiada)

Opis funkcjonowania dziecka mocne strony i zakres, w którym dziecko wymaga pomocy		
	Mocne strony	Słabe strony
<b>Rozwój fizyczny</b> (w tym motoryka duża i mała, funkcjonowanie zmysłów, stan zdrowia)		
<b>Funkcjonowanie poznawcze</b>		
<b>Emocje i motywacja</b>		
<b>Funkcjonowanie społeczne</b>		
<b>Komunikacja</b>		
<b>Samodzielność</b>		
<b>Szczególne uzdolnienia</b>		

## Część C

(wypełniana przez zespół po zakończonym okresie udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej)

Ocena efektywności pomocy psychologiczno-pedagogicznej udzielanej dziecku		
<b>Data</b>		
<b>Powód</b> (zaznaczyć właściwe)	<input type="checkbox"/> Zakończenie udzielania określonej formy pomocy <input type="checkbox"/> Podsumowanie pomocy udzielanej w ciągu roku <input type="checkbox"/> Na wniosek (czyj?) .....	
<b>Analiza udzielonej pomocy</b>	Które z realizowanych form i sposobów pomocy były skuteczne? W jakim zakresie?	
	Które z realizowanych form i sposobów pomocy były nieskuteczne? Dlaczego?	

	Których form lub sposobów pomocy nie realizowano? Jaka był przyczyna zaniechania?	
	Które spośród założonych celów udało się zrealizować?	
	Których celów nie udało się osiągnąć? Co było przyczyną?	
	Jakie metody pracy z dzieckiem zespół ocenia jako najskuteczniejsze?	
	W jakim zakresie nastąpił progres w rozwoju dziecka?	
	W jakim zakresie nastąpił regres? Dlaczego?	
<b>Wnioski i wskazania do dalszej pracy</b>		
<b>Podpisy</b>	<i>(osób obecnych na spotkaniu)</i>	<i>(dyrektora)</i>

Zalecenia zespołu			
Formy pomocy	Zaznaczyć x przy właściwym	Okres	
Zajęcia specjalistyczne: – korekcyjno-kompensacyjne – logopedyczne – socjoterapeutyczne – inne zajęcia o charakterze terapeutycznym <i>(jakie?)</i> .....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Porady i konsultacje <i>(z jakimi specjalistami?)</i>			
Sposoby pracy podczas obowiązkowych i dodatkowych zajęć	Zaznaczyć x przy właściwym	Rodzaj zajęć <i>(wpisać rodzaj zajęć obowiązkowych i dodatkowych)</i>	Okres
Dostosowanie środowiska zewnętrznego (budynek, sala – miejsce zabaw, nauki dziecka, miejsce spożywania posiłków, toalety, pomoce)	<input type="checkbox"/>		

Dostosowania w zakresie przekazywanych treści nauczania na poszczególnych zajęciach	<input type="checkbox"/>		
Dostosowania w zakresie sposobów przekazywania treści (wiedza i umiejętności)	<input type="checkbox"/>		
Dostosowania w zakresie sprawdzania wiedzy i umiejętności	<input type="checkbox"/>		
Dostosowania w zakresie motywowania dziecka do zdobywania wiedzy i umiejętności	<input type="checkbox"/>		
Dostosowanie metody pracy z dzieckiem	<input type="checkbox"/>		
Inne sposoby udzielania pomocy ( <i>jakie?</i> ) .....	<input type="checkbox"/>		
Zobowiązuję się do nieujawniania treści poruszanych na posiedzeniu zespołu.			
Lista osób obecnych na spotkaniu		Podpisy	
Termin kolejnego spotkania zespołu			

## Część D

(wypełnia dyrektor przedszkola po zapoznaniu się z propozycjami zespołu)

Ustalenia dyrektora			
Formy pomocy	Zaznaczyć x przy zaakcepto- wanym	Okres	Wymiar godzin
Zajęcia specjalistyczne: – korekcyjno-kompensacyjne – logopedyczne – socjoterapeutyczne – inne zajęcia o charakterze terapeutycznym ( <i>jakie?</i> ) .....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Porady i konsultacje (z jakimi specjalistami?)			

<b>Sposoby pracy podczas obowiązkowych i dodatkowych zajęć</b>	<i>Zaznaczyć x przy właściwym</i>	<b>Rodzaj zajęć</b> <i>(wpisać rodzaj zajęć obowiązkowych i dodatkowych)</i>	<b>Okres</b>
Dostosowanie środowiska zewnętrznego (budynek, sala – miejsce zabaw, nauki dziecka, miejsce spożywania posiłków, toalety, pomoce)	<input type="checkbox"/>		
Dostosowania w zakresie przekazywanych treści nauczania na poszczególnych zajęciach	<input type="checkbox"/>		
Dostosowania w zakresie sposobów przekazywania treści (wiedza i umiejętności)	<input type="checkbox"/>		
Dostosowania w zakresie sprawdzania wiedzy i umiejętności	<input type="checkbox"/>		
Dostosowania w zakresie motywowania dziecka do zdobywania wiedzy i umiejętności	<input type="checkbox"/>		
Dostosowanie metody pracy z dzieckiem	<input type="checkbox"/>		
Inne sposoby udzielania pomocy <i>(jakie?)</i> .....	<input type="checkbox"/>		
<b>Data i podpis dyrektora</b>			

Termin opracowania Planu Działań Wspierających .....

.....  
*(data i podpis dyrektora)*

Zostałem poinformowany/zostałam poinformowana o ustalonych przez dyrektora formach, okresie i wymiarze godzin pomocy psychologiczno-pedagogicznej dla

.....  
*(imię i nazwisko dziecka)*

na rok szkolny ..... i zobowiązuję się do przekazania tych informacji członkom zespołu na terenie przedszkola.

.....  
*(data i podpis koordynatora)*

<b>Plan Działań Wspierających</b> załączono do karty w dniu:	<i>(podpisy osób odpowiedzialnych za realizację zadań)</i>
---	--

.....  
(pieczęć przedszkola)

## Plan Działań Wspierających

<b>Dane dziecka</b>	Imię i nazwisko	
	Data urodzenia	
	Miejsce zamieszkania	
<b>Dane przedszkola</b>	Nazwa i adres	
	Oznaczenie grupy	
<b>Dane kontaktowe rodziców/opiekunów prawnych</b> (imię i nazwisko, miejsce zamieszkania, telefon, e-mail)	Matka/prawny opiekun	
	Ojciec/prawny opiekun	
<b>Dane dotyczące planu</b>	Data opracowania	
	Czas realizacji planu	

### Cele

<b>Ogólne</b> , wspólne dla wszystkich nauczycieli i specjalistów uczących dziecko	
<b>Szczegółowe</b> (operacyjne)	

### Zalecenia do pracy

<b>Dostosowania</b>	<b>Rodzaj działań</b>	<b>Kto i w ramach jakich zajęć?</b> <i>(jacy nauczyciele/specjaliści)</i>
W zakresie przygotowania środowiska zewnętrznego (budynek, sala – miejsce zabaw, nauki i spożycia posiłków przez dziecko, łazienka i inne)		

W zakresie przekazywanych treści nauczania na poszczególnych zajęciach obowiązkowych i dodatkowych		
W zakresie sposobów przekazywania treści (wiedza i umiejętności)		
W zakresie sprawdzania wiedzy i umiejętności		
W zakresie motywowania do zdobywania wiedzy i umiejętności		

#### Współpraca z rodzicami

<b>Zakres współpracy nauczycieli i specjalistów z rodzicami dziecka w realizacji zadań</b>	
<b>Działania wspierające rodziców dziecka</b>	

#### Zakres współdziałania z instytucjami

(z poradniami psychologiczno-pedagogicznymi, placówkami doskonalenia nauczycieli i innymi instytucjami)

Nazwa instytucji	Dane kontaktowe	Zakres współpracy
<b>Podpisy</b>	Osoby obecne na spotkaniu zespołu	
	Imię i nazwisko	Podpis
	1) .....	
	2) .....	
	3) .....	
	Podpis dyrektora	

Zostałem zapoznany/zostałam zapoznana z indywidualnym planem wspierającym mojego syna/mojej córki

.....  
*(imię i nazwisko dziecka)*

akceptuję przedstawiony zakres współpracy.

.....  
*(data, podpis rodzica)*