**ANEKS
DO INDYWIDUALNEGO PROGRAMU
EDUKACYJNO – TERAPEUTYCZNEGO
NA ROK SZKOLNY 2023/2024**

DLA UCZNIA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data opracowania: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Po przeprowadzeniu Wielospecjalistycznej Oceny Poziomu Funkcjonowania Ucznia (po pierwszym i drugim półroczu roku szkolnego 2022/2023) oraz po dokonanej ocenie efektywności podjętych działań wspierających; Zespół nauczycieli odpowiedzialnych za realizację IPET postanawia:

* kontynuować pracę z programem w bieżącym roku szkolnym, tym samym
* realizować przyjęte w programie cele (edukacyjne, terapeutyczne, szczegółowe) realizowane podczas zajęć edukacyjnych i rewalidacyjnych wynikające z podstawy programowej oraz z Orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego.

 **Aktualizacji podlegają:**

* Formy pomocy psychologiczno-pedagogicznej oraz wymiar godzin, w których poszczególne formy będą realizowane
* Skład zespołu nauczycieli odpowiedzialnych za realizację IPET

**Ustalone formy pomocy na rok szkolny 20\_\_\_\_/20\_\_\_\_**

Zajęcia rewalidacyjne - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Terapia pedagogiczna- \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,
Pomoc nauczyciela wspomagającego –\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
inne \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Osoby odpowiedzialne za realizację IPET-u w roku szkolnym :**

Wszyscy nauczyciele realizujący program nauczania w klasie \_\_\_\_\_\_\_\_

Zatwierdzenie Aneksu do Indywidualnego Programu Edukacyjno-Terapeutycznego przez Dyrektora szkoły w dniu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

……………………………

*/podpis dyrektora/*

Zapoznałam/łem się z przedstawionym Aneksem do Indywidualnego Programu Edukacyjno – Terapeutycznego na rok szkolny dla mojego dziecka i wyrażam zgodę na jego realizację. Kopię dokumentu otrzymałam/łem

…………………………………. ......................................………………….………

*/miejscowość, data/ /imię i nazwisko rodzica/*