

**Specjalny Ośrodek Szkolno – Wychowawczy im. Jana Pawła II w
Jaworznie**

I . Metryczka

Rok szkolny

2020/2021

**INDYWIDUALNY PROGRAM ZAJĘĆ
REWALIDACYJNO - WYCHOWAWCZYCH**

IP- ZRW/...../...../.....

nr

Nazwisko i imię ucznia:

Szkoła

Rok

nauczania

ZRW

SP nr 23

DATA URODZENIA

-

-

rok

Orzeczenie Poradni Psychologiczno - Pedagogicznej

Numer

Stopień upośledzenia

Data ważności

Od

Na okres.....

Zalecenia do pracy wynikające z orzeczenia o potrzebie zajęć rewalidacyjno- wychowawczych

II.

III

Aktualny poziom funkcjonowania ucznia w poszczególnych sferach rozwojowych

	1	WIEK ROZWOJOWY	Duża motoryka:
			Mala motoryka:
			Recepcyjny rozwój mowy:
		Ekspresyjny rozwój mowy:	
			Rozwój poznawczy:
Rozwój osobowo –społeczny:			

	2	Informacje o zachowaniach trudnych i nietypowych ucznia	
	3	Diagnoza (choroba główna i współistniejąca) <i>Niepełnosprawność intelektualna w stopniu głębokim</i>	
	4	Narzędzia diagnostyczne wykorzystane do pozyskania informacji	
	Kwalifikacja do zajęć specjalistycznych:		
	Lp	Rodzaj zajęć	Kwalifikacja T/N
	1	<i>Elementy logopedyczne</i>	
	2	<i>Hipoterapia</i>	
	3	<i>Elementy rehabilitacji indywidualnej</i>	
	4		
	5		
	6		

	Podpisy osób dokonujących kwalifikacji do zajęć specjalistycznych:				
	Wychowawca/ nauczyciel prowadzący	Rehabilitant	Psycholog	Pedagog	Logopeda
IV	Zakres zintegrowanych działań rewalidacyjno- wychowawczych				
	1	Cele rewalidacyjno - wychowawcze <i>Usprawnienie ruchowe i psychoruchowe W zakresie motoryki małej i dużej, stymulacja zmysłu wzroku, słuchu, dotyku;</i> <i>Wyrobienie orientacji w schemacie własnego ciała;</i> <i>Rozwijanie zainteresowań najbliższym otoczeniem, wielozmysłowe jego poznawanie;</i> <i>Rozwijanie umiejętności koncentrowania się na jednej czynności;</i> <i>Wdrażanie do optymalnej samodzielności w podstawowych sferach życia;</i> <i>Praca nad nadawaniem i odbieraniem informacji przez dziecko w dostępny dla niego sposób;</i> <i>Ćwiczenia w wykonywaniu prostych poleceń, reagowania na zakazy, naśladowanie czynności;</i> <i>Kształtowanie umiejętności nawiązywania kontaktów, współpraca w grupie.</i>			
	2	Metody pracy z uczniem z głęboką niepełnosprawnością intelektualną: <i>Metoda Porannego Kręgu,</i> <i>Metoda Ruchu Rozwijającego W. Sherborn,</i> <i>Metoda M. Ch. Knilów,</i> <i>Stymulacja polisensoryczna na Sali Doświadczenia Świata.</i>			
	3	Plany/ programy pracy z uczniem			

	lp	Zakres działań	Nauczyciel prowadzący	Nr załącznik	
	1.				
	1.				
	2.				
	3.				
	4.				
	5.				
	6.				
	Zakres współpracy z rodzicami: <i>kontakt bezpośredni z mamą w placówce.....</i>				
	Zatwierdzenie IP-ZRW przez Zespół				
	1 Data zatwierdzenia IP- ZRW/...../.....		Podpis osoby odpowiedzialnej:		
	2 Data zatwierdzenia IPET przez Dyrektora/...../.....		Podpis Dyrektora SOSW		
	3 Podpis rodziców / opiekunów prawnych		Adnotacja o poinformowaniu rodziców / opiekunów prawnych		
	Ewaluacja/ modyfikacja programu				
	L p	Data	Dział	Podpis osoby wprowadzającej modyfikację	Adnotacja o poinformowaniu rodziców

	1.				
	1.				
	2.				
	3.				

