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

II.

Orzeczenie Poradni Psychologiczno - Pedagogicznej

Numer	Stopień upośledzenia	Data ważności
		Od ……..... Na okres……..

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

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

III **Aktualny poziom funkcjonowania ucznia w poszczególnych sferach rozwojowych**

	1	WIEK ROZWOJOWY	**Duża motoryka:** …… …… …… …… ……
			Mała 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)** *Niepełnosprawność intelektualna w stopniu głębokim* …… …… …… …… …… …… ……
4	**Narzędzia diagnostyczne wykorzystane do pozyskania informacji** …… …… …… …… …… ……

Kwalifikacja do zajęć specjalistycznych:

Lp	**Rodzaj zajęć**	**Kwalifikacja T/N**
1	*Elementy logopedyczne*	
2	*Hipoterapia*	
3	*Elementy rehabilitacji indywidualnej*	
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** *Usprwaniwnie ruchowe i psychoruchowe W zakresie motoryki małej i dużej, stymulacja zmysłu wzroku, słuchu, dotyku;* *Wyrabianie orientacji w schemacie własnego ciała;* *Rozwijanie zainterwsowań najbliższym otoczeniem, wielozmyałowe jego poznawanie;* *Rozwijanie umiejętności koncentrowania się na jednej czynności;* *Wdrażanie do optymalnej samodzielności w podstawowych sferach życia;* *Praca nad nadawaniem I odbieraniem informacji przez dziecko w dostępny dla niego sposób;* *Ćwiczenia w wykonywaniu prostych poleceń, reagowania na zakazy, naśladowanie czynności;* *Kształtowanie umiejętności nawiązywania kontaktów, współpraca w grupie.* …… …… ……
	2	**Metody pracy z uczniem z głęboką niepełnosprawnością intelektualną:** *Metoda Porannego Kręgu,* *Metoda Ruchu Rozwijającego W. Sherborn,* *Metoda M. Ch. Knilów,* *Stymulacja polisensoruczna na Sali Doświadczania Świata.* …… …… …… ……
	3	**Plany/ programy pracy z uczniem** …… …… …… …… …… …… …… …… …… ……

	lp	**Zakres działań**	**Nauczyciel prowadzący**	**Nr załącznik**
	1.			
	1.			
	2.			
	3.			
	4.			
	5.			
	6.			

Zakres współpracy z rodzicami:

kontakt bezpośredni z mamą w placówce……
……
…….....
.....
.....
.....

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

Lp	Data	Dział	Podpis osoby wprowadzającej modyfikację	Adnotacja o poinformowaniu rodziców

	1.				
	1.				
	2.				
	3.				