|  |
| --- |
| Data opracowania: …………………………………. |
| **Aneks do indywidualnego programu edukacyjno – terapeutycznego** |
| **na rok szkolny ………………………….** |
| Imię i nazwisko ucznia: | ……………………………………………………………………………………………….……….. |
| Klasa: | …………………………………………………………………………………………………….….. |
|  | *data wydania, numer, kto wydał* |
| Przyczyny sporządzenia dokumentu (właściwe podkreślić): |
| * wielospecjalistyczna ocena poziomu funkcjonowania ucznia dokonana po ………..… okresie roku szkolnego ……………….…….;
 |
| * zmiana składu osobowego zespołu nauczycieli i specjalistów pracującego z uczniem;
 |
| * wprowadzenie nowych przedmiotów nauczanych w roku szkolnym;
 |
| * wniosek rodzica/prawnego opiekuna/pełnoletniego ucznia;
 |
|  |
| **Zespół nauczycieli podjął decyzję o wprowadzeniu następujących modyfikacji IPET:** |
| …………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| …………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| …………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| …………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| …………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| …………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| …………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| …………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| …………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
|  |
| Podpisy osób odpowiedzialnych za realizację IPET: |  |
| ……………………………………………………………. |  |
| ……………………………………………………………. |  |
| ……………………………………………………………. |  |
| ……………………………………………………………. |  |
| ……………………………………………………………. |  |
| ……………………………………………………………. |  |
| ……………………………………………………………. |  |
|  |  |
| Aneks do IPET został zatwierdzony przez Dyrektora Szkoły w dniu …………………………………. |
|  |  |
|  |  |
|  | ………………………………………………………………. |
|  | *podpis dyrektora* |

|  |
| --- |
| Zapoznałem/zapoznałam się z aneksem do IPET i wyrażam zgodę na jego realizację. Potwierdzam otrzymanie kopii. |
|  |  |
|  | ………………………………………………………………. |
|  | *data i podpis rodzica/prawnego opiekuna/pełnoletniego ucznia* |