

## Individualus pagalbos vaikui planas (IPP)

Nuo iki  
(plano vykdymo termino pradžia) (plano vykdymo termino pabaiga)

Vaiko vardas, pavardė: Gimimo metai: Grupė: VGK/PPT vertinimo išvada, SUP lygis (jei yra): Rekomenduota švietimo pagalba: Pagalbos tiekėjų periodiškumas pagalbos rezultatams aptarti:		Problemos (-ų) apibūdinimas: Vaiko galios: Tikslas (-ai):		
Pagalbos teikėjai	Siektinas rezultatas	Veiksmai (tikslų įgyvendinimo žingsniai)	Periodiškumas	Pastabos
<b>Mokytojas (-ai)</b>				
<b>Spec. pedagogas</b>				
<b>Logopedas</b>				
<b>Soc. pedagogas</b>				
<b>Psichologas</b>				

## Tėvų (globėjų) organizuojama pagalba vaikui

Lūkesčiai	
Įsipareigojimai	
Pastabos	

APTARTA.

Mokytoja

(vardas, pavardė, parašas)

Tėvai (globėjai/rūpintojai)

(vardas, pavardė, parašas)

Mokytoja

(vardas, pavardė, parašas)

Koordinatorius

(vardas, pavardė, parašas)

## SUTIKIMAS DĖL SPECIALISTŲ PAGALBOS TEIKIMO UGDYMO ĮSTAIGOJE „VYDŪNĖLIS“

Aš, toliau pasirašęs (-iusi) tėvas / globėjas, patvirtinu, kad esu informuotas (-a) apie specialistų teikiamą pagalbą mano vaikui ir **sutinku**, kad su mano vaiku \_\_\_\_\_, gimimo data \_\_\_\_\_, individualiai dirbtų toliau nurodyti specialistai:

Paslaugos sritis / Specialistas	Sutinku (Pažymėkite varnele)
<b>Psichologas</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Specialusis pedagogas</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Logopedas</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Socialinis pedagogas</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Kitas specialistas (įrašyti): _____</b>	<input type="checkbox"/>

**Patvirtinu, kad sutinku**, jog aukščiau pažymėtas (-i) specialistas (-ai) teiktų pagalbą mano vaikui. Esu informuotas (-a) apie paslaugos tikslus ir suprantu, kad turiu teisę bet kada atšaukti šį sutikimą, raštu informavęs (-usi) įstaigos administraciją.

Tėvo / Globėjo Vardas ir Pavardė:

Parašas:

Data:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_