PIANO EDUCATIVO INDIVIDUALIZZATO

Art. 5 DPR 24.4.1994; Art. 12 Legge 5.2.1992 n. 104;

Parte III p.1.4 Linee guida sulla disabilità 2009

Alunno\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

a.s. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_classe\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sez\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATI PERSONALI

Luogo e data di nascita\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residenza: Località \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n\_\_

cap \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Contatti: telefono fisso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cellulare\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Informazioni sulla famiglia *(Indicare nominativi ogni componente):*

Padre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Madre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fratelli\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sorelle\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Altri parenti presenti in famiglia. *Specificare* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CURRICULUM SCOLASTICO

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| a.s. | Scuola frequentata | classe | Annotazioni (frequenza regolare/irregolare, problemi emersi) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

LE INFORMAZIONI SANITARIE

*La diagnosi clinica*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Azienda USL n. / Distretto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data rilascio della certificazione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gli interventi riabilitativi

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Tipologia di intervento* | *Operatore di riferimento* | *Tempi* | *Modalità* |
| Fisioterapia |  |  |  |
| Logoterapia |  |  |  |
| Psicoterapia |  |  |  |
| Altro. *Specificare* |  |  |  |

|  |
| --- |
| LE AREE DI SVILUPPO*Indicare, per ogni area, gli obiettivi a breve termine, i collegamenti alla programmazione di classe, gli adattamenti rispetto ad essa, le attività da svolgere, le modalità di verifica* |
| *AREA DELLO SVILUPPO FISICO (MOTORIO-PRASSICA E SENSORIALE)* |
| Obiettivi da conseguire, in questa area, nel corso dell’anno scolastico:  |
| Attività:  |
| Modalità di attuazione:  |
| Collegamenti con la programmazione di classe:  |
| Modalità di verifica:  |

|  |
| --- |
| *AREA COGNITIVA (E NEUROPSICOLOGICA)* |
| Obiettivi da conseguire, in questa area, nel corso dell’anno scolastico:  |
| Attività:  |
| Modalità di attuazione:  |
| Collegamenti con la programmazione di classe:  |
| Modalità di verifica |

|  |
| --- |
| *AREA DELLA COMUNICAZIONE E DEL LINGUAGGIO* |
| Obiettivi da conseguire, in questa area, nel corso dell’anno scolastico:  |
| Attività:  |
| Modalità di attuazione:  |
| Collegamenti con la programmazione di classe |
| Modalità di verifica:  |

|  |
| --- |
| ***A****REA AFFETTIVO-RELAZIONALE* |
| Obiettivi da conseguire, in questa area, nel corso dell’anno scolastico:  |
| Attività:  |
| Collegamenti con la programmazione di classe:  |
| Modalità di verifica:  |

|  |
| --- |
| *AREA DELL’AUTONOMIA PERSONALE* |
| Obiettivi da conseguire, in questa area, nel corso dell’anno scolastico:  |
| Attività:  |
| Modalità di attuazione:  |
| Collegamenti con la programmazione di classe:  |
| Modalità di verifica:  |

|  |
| --- |
| *AREA DELL’AUTONOMIA SOCIALE* |
| Obiettivi da conseguire, in questa area, nel corso dell’anno scolastico: |
| Attività:  |
| Modalità di attuazione:  |
| Collegamenti con la programmazione di classe:  |
| Modalità di verifica:  |

|  |
| --- |
| AREA DEGLI APPRENDIMENTI*Compilare una pagina per ogni area disciplinare o disciplina* |

AREA DISCIPLINARE O DISCIPLINA

Obiettivi di apprendimento nell’arco dell’anno scolastico:

Contenuti:

Punti di contatto con la programmazione di classe:

Adattamenti resi necessari dalle situazioni di deficit:

Attività da realizzare:

Modalità di apprendimento *(relativamente ai locali: in aula, nei laboratori, nelle aule speciali, in ambienti esterni alla scuola; relativamente alla forma: da solo con l’insegnante di sostegno o altro insegnante/ tutor, in coppia, in piccolo gruppo, in classe, in gruppi interclasse)*

Strumenti compensativi previsti a sostegno dello studio di questa disciplina *(sintesi vocale, registratore, programmi di video scrittura con correttore ortografico, DVD, CD, calcolatrice, tabelle, formulari, mappe concettuali, schemi con le tappe di svolgimento dei compiti inerenti la disciplina, cartine geografiche e storiche, linea del tempo, dizionari di lingua straniera, in formato cartaceo e digitale, altro da indicare)*

Misure dispensative previste per rendere più agevole lo studio di questa disciplina *(semplificazione dei contenuti, assegnazione di tempi più lunghi di apprendimento, programmazione di verifiche e interrogazioni, altro da indicare)*

Tempi e Modalità di verifica

|  |
| --- |
| PROGETTO DI INCLUSIONE SCOLASTICA*Compilare una pagina per ogni progetto a cui partecipa l’alunno* |
| Titolo del Progetto |
| Docente responsabile del progetto |
| Classi ed alunni coinvolti |
| Docenti che lo realizzano |
| Enti, Istituzioni, esperti esterni alla scuola eventualmente coinvolti |
| Finalità |
| Obiettivi |
| Attività previste dal progetto  |
| Modalità di attuazione del progetto |

|  |
| --- |
| TEMPI DI ATTUAZIONE (INIZIO, FINE, ARTICOLAZIONE TEMPORALE)*Compilare una pagina per ogni progetto a cui partecipa l’alunno* |
| Strumenti e mezzi |
| Modalità di verifica dei risultati raggiunti |
| Eventuali ulteriori informazioni sul progetto |
| ASSISTENZA EDUCATIVANecessità di assistenza educativa indicate nella documentazione sanitaria *(tracciare una o più X sulle necessità indicate nella certificazione)*[ ] per l'autonomia personale[ ] per la comunicazione[ ] per la relazioneper altro. SpecificareOre settimanali assegnate dall’Ente Locale: Modalità di svolgimento: Altre informazioni utili |
| ASSISTENZA DI BASENecessità di assistenza di base indicate nella documentazione sanitariaModalità di svolgimento con il personale collaboratore scolastico in servizio nella scuola: Altre figure coinvolte nell’assistenza dell’alunno durante l’orario di frequenza scolastica (ad esempio personale sanitario): Altre informazioni utili |
| RAPPORTI SCUOLA-FAMIGLIAFamiliari di riferimento: Frequenza degli incontri scuola-famigliaObiettivi formativi da conseguire nelle attività extrascolastiche *(ad esempio acquisire progressiva autonomia nell’esecuzione dei compiti a casa, partecipare ad attività sportive, frequentare gli amici, esplorare contesti di vita come la posta, il supermercato, la stazione degli autobus e dei treni, l’ufficio per l’anagrafe)* Attività extrascolastiche effettuate o consigliateModalità di effettuazione |

VERIFICA E VALUTAZIONE DEL PEI

*Verifiche Primo Periodo*

Sintesi degli obiettivi del PEI conseguiti

Criticità evidenziate

*Verifiche Secondo Periodo*

Sintesi degli obiettivi del PEI conseguiti

Criticità evidenziate

FIRME DEL PIANO EDUCATIVO INDIVIDUALIZZATO

|  |
| --- |
| *Docenti di classe* Nome e cognomeFirme |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| *Referente di Istituto BES*  Nome e cognome Firma |
|  |  |
| *Genitori* Nome e cognome Firme |
|  |  |
|  |  |
| ASL |  Firme |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| *Dirigente scolastico* Nome e cognome Firma |
|  |  |

Data

*Il sottoscritto genitore di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ricevuta copia del*

*Piano Educativo Individualizzato , ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003, autorizza il trattamento dei dati per finalità istituzionali.*

*Data* *Firma del genitore*