

**[DENOMINAZIONE DELL'ISTITUZIONE SCOLASTICA]**

**[Sede associata-staccata/Plesso]**

**[Ordine di scuola]**

**a.s. 2016/2017**

## **PIANO EDUCATIVO INDIVIDUALIZZATO**

ai sensi della C.M. n. 258 del 22/09/1983 e D.P.R. del 24/02/1994 art.5

**[Cognome e Nome dell'allievo/a]**

**Classe e sez. .... – Indirizzo: .....**

### **Sezione 1 - DATI E INFORMAZIONI GENERALI**

→ **RELATIVI ALL'ALLIEVO/A**

#### **DATI ANAGRAFICI e RECAPITI**

<b>Cognome e nome</b>	
<b>Luogo e data di nascita</b>	
<b>Residenza</b>	
<b>Indirizzo E-mail</b>	
<b>Telefono/Cellulare</b>	

#### **NUCLEO FAMILIARE**

<i>Gr. di parentela</i>	<i>Cognome e nome</i>	<i>Data di nascita</i>	<i>Titolo di studio</i>	<i>Professione</i>

+

L'allievo vive in famiglia  SI  NO [Se NO, specificare]

**Note/ulteriori informazioni:** .....

## DOCUMENTAZIONE

**Diagnosi clinica sintetica** .....

**Legge 104/92 art.3 comma** ... Data di definizione \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Data di scadenza \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Diagnosi Funzionale** Data e luogo di definizione \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ [Luogo]  
 Medico specialista ..... [Ente di appartenenza]

**Note/ulteriori informazioni:** .....

## ULTERIORI NOTE INFORMATIVE

**Situazioni mediche particolari**  SI  NO [Se SI, specificare]

**Trattamenti farmacologici**  SI  NO

In orario scolastico  SI  NO

È stato attivato il protocollo  SI  NO Nome del somministratore .....

**Terapie riabilitative in corso**  SI  NO

In orario  
extrascolastico

In orario scolastico con ingresso posticipato o uscita anticipata

Tipologia di intervento:  Logopedico  Fisioterapico  Psicomotorio  Altro [Se ALTRO, specificare]

Sede dell'intervento: ..... Ore settimanali: .....

**Note/ulteriori informazioni:** .....

### SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE

**Assistenza domiciliare**  SI  NO

**Tipologia di intervento**  Ass. educativa  Ass. alla persona  Altro [Se ALTRO, specificare]

Nome dell'operatore: ..... Ore settimanali: .....

Indirizzo E-mail: ..... Telefono/  
Cellulare: .....

**Note/ulteriori informazioni:** .....

### INTERVENTI DI CARATTERE SOCIALE

**Interventi di carattere sociale**  SI  NO

**Tipologia di intervento**  Gruppo sportivo  Centro di aggregazione  Centro diurno

Altro [Se ALTRO, specificare]

Denominazione della sede: .....

Note/ulteriori informazioni: .....

→ **RELATIVI AL CONTESTO SCOLASTICO**

**DESCRIZIONE DELLA SCUOLA**

.....

**DESCRIZIONE DELLA CLASSE**

Classe e sezione: ..... Indirizzo : .....

.....

**TEAM DOCENTI / CONSIGLIO DI CLASSE**

<i>Cognome e nome</i>	<i>Ambito di competenza</i>	<i>Continuità</i>	<i>n° anni</i>

+

Nome del docente coordinatore del Team docenti/Consiglio di classe: .....

**SERVIZIO DI ASSISTENZA SCOLASTICA**

Assistenza scolastica  SI  NO

Tipologia di intervento  Ass. educativa  Ass. alla persona  Altro [Se ALTRO, specificare]

Nome dell'operatore: .....

Ore settimanali: .....

Indirizzo E-mail: .....

Telefono/  
Cellulare: .....

Assistenza di base

SI  
 NO

Collaboratore  
Scolastico: .....

Note/ulteriori  
informazioni: .....

## COLLABORAZIONI

Scuola-famiglia .....

Scuola-équipe psico-medica .....

Eventuali altre  
collaborazioni .....

## → RELATIVI ALL'ALLIEVO/A NEL CONTESTO SCOLASTICO

### SCOLARITÀ PREGRESSA

<i>dall'a. s.</i>	<i>Ordine di scuola</i>	<i>Denominazione dell'Istituto</i>	<i>Percorso scolastico</i>		
201_/_ —	Infanzia		[Regolare o trattenuto]	n° di anni	+
201_/_ —	Primaria		[Regolare o trattenuto]	n° di anni	+
201_/_ —	Sec. I grado		[Regolare o trattenuto]	n° di anni	+
201_/_ —	Sec. II grado		[Regolare o trattenuto]	n° di anni	+

Data della 1° Diagnosi  
Funzionale: .....

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

nell'a.s. 201\_/\_

Classe frequentata .....

Eventuale rinuncia del supporto dell'insegnante specializzato per le attività di sostegno

SI  NO

Se  
SI, dall'a.s. 201\_/\_ all'a.s. 201\_/\_

---

In uscita dalla Scuola Sec. di I grado, l'allievo/a risulta in possesso di  Diploma  Attestato di frequenza

---

Note/ulteriori informazioni: .....

### FREQUENZA NELL'A.S. IN CORSO

Frequenza regolare  SI  NO

---

Riduzione orario di frequenza  SI  NO [Se SI, indicare la motivazione]

Numero ore di frequenza settimanale su monte ore di curriculum: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

---

Note/ulteriori informazioni: .....

## Sezione 2 - ANALISI DELLA SITUAZIONE DI PARTENZA (*Infanzia*)

Strumenti utilizzati per la osservazione/descrizione dell'allievo nel contesto scuola/classe:

Osservazione libera     Strutturata su base ICF     Altro    [Se ALTRO, specificare]

### AREA COGNITIVA E NEUROPSICOLOGICA

*Dalla Diagnosi Funzionale:*

*Dall'osservazione nel contesto scuola/classe:*

→ Sintesi dei bisogni individuati: .....

### AREA SOCIO-AFFETTIVO-RELAZIONALE

*Dalla Diagnosi Funzionale:*

*Dall'osservazione nel contesto scuola/classe:*

→ Sintesi dei bisogni individuati: .....

### AREA DELLA COMUNICAZIONE E LINGUISTICA

*Dalla Diagnosi Funzionale:*

*Dall'osservazione nel contesto scuola/classe:*

→ Sintesi dei bisogni individuati: .....

### AREA SENSORIALE-PERCETTIVA

*Dalla Diagnosi Funzionale:*

*Dall'osservazione nel contesto scuola/classe:*

→ Sintesi dei bisogni individuati: .....

**AREA PSICOMOTORIO-PRASSICA**

*Dalla Diagnosi Funzionale:*

*Dall'osservazione nel contesto scuola/classe:*

→ Sintesi dei bisogni individuati: .....

**AREA DELL'AUTONOMIA**

*Dalla Diagnosi Funzionale:*

*Dall'osservazione nel contesto scuola/classe:*

→ Sintesi dei bisogni individuati: .....

**AREA LOGICO-MATEMATICA**

*Dalla Diagnosi Funzionale:*

*Dall'osservazione nel contesto scuola/classe:*

→ Sintesi dei bisogni individuati: .....

**ULTERIORI CONSIDERAZIONI IN RIFERIMENTO ALLA SITUAZIONE DI PARTENZA**



## Sezione 2 - ANALISI DELLA SITUAZIONE DI PARTENZA (*Primaria, Sec. I e II gr.*)

Strumenti utilizzati per la osservazione/descrizione dell'allievo nel contesto scuola/classe:

Osservazione libera     Strutturata su base ICF     Altro    [Se ALTRO, specificare]

### AREA COGNITIVA

*Dalla Diagnosi Funzionale:*

*Dall'osservazione nel contesto scuola/classe:*

→ Sintesi dei bisogni individuati: .....

### AREA NEUROPSICOLOGICA

*Dalla Diagnosi Funzionale:*

*Dall'osservazione nel contesto scuola/classe:*

→ Sintesi dei bisogni individuati: .....

### AREA AFFETTIVO-RELAZIONALE

*Dalla Diagnosi Funzionale:*

*Dall'osservazione nel contesto scuola/classe:*

→ Sintesi dei bisogni individuati: .....

### AREA DELLA COMUNICAZIONE

*Dalla Diagnosi Funzionale:*

*Dall'osservazione nel contesto scuola/classe:*

→ Sintesi dei bisogni individuati: .....

**AREA LINGUISTICA**

*Dalla Diagnosi Funzionale:*

*Dall'osservazione nel contesto scuola/classe:*

→ Sintesi dei bisogni individuati: .....

**AREA SENSORIALE**

*Dalla Diagnosi Funzionale:*

*Dall'osservazione nel contesto scuola/classe:*

→ Sintesi dei bisogni individuati: .....

**AREA MOTORIO-PRASSICA**

*Dalla Diagnosi Funzionale:*

*Dall'osservazione nel contesto scuola/classe:*

→ Sintesi dei bisogni individuati: .....

**AREA DELL'AUTONOMIA**

*Dalla Diagnosi Funzionale:*

*Dall'osservazione nel contesto scuola/classe:*

→ Sintesi dei bisogni individuati: .....

**AREA DELL'APPRENDIMENTO**

*Dalla Diagnosi Funzionale:*

*Dall'osservazione nel contesto scuola/classe:*

---

→ Sintesi dei bisogni individuati: .....

<b>ULTERIORI CONSIDERAZIONI IN RIFERIMENTO ALLA SITUAZIONE DI PARTENZA</b>

### Sezione 3 - **PROGETTO EDUCATIVO-DIDATTICO**

Il Team docenti/Consiglio di classe, sulla base di una attenta analisi della situazione di partenza dell'allievo/a, ritiene opportuno adottare il percorso educativo-comportamentale/didattico-educativo di seguito riportato.

.....

• **SOLO PER LA SCUOLA SECONDARIA DI II GRADO**

Il Consiglio di classe, in accordo con la famiglia, ritiene opportuno adottare una programmazione:

- riconducibile agli obiettivi minimi previsti dai programmi ministeriali, o comunque ad essi globalmente corrispondenti (articolo 15 comma 3 dell'O.M. n°90 del 21/05/2001)
- differenziata in vista di obiettivi didattici formativi non riconducibili ai programmi ministeriali (articolo 15 comma 5 dell'O.M. n°90 del 21/05/2001)
- differenziata in vista di obiettivi didattici formativi non riconducibili ai programmi ministeriali per le seguenti discipline: .....

**OBIETTIVI GENERALI TRASVERSALI (Infanzia)****AREA COGNITIVA E NEUROPSICOLOGICA**

*Obiettivi* *Attività/Strumenti* *Tempi* *Verifica*

--	--	--	--

**AREA SOCIO-AFFETTIVO-RELAZIONALE**

*Obiettivi* *Attività/Strumenti* *Tempi* *Verifica*

--	--	--	--

**AREA DELLA COMUNICAZIONE E LINGUISTICA**

*Obiettivi* *Attività/Strumenti* *Tempi* *Verifica*

--	--	--	--

**AREA SENSORIALE-PERCETTIVA**

*Obiettivi* *Attività/Strumenti* *Tempi* *Verifica*

--	--	--	--

**AREA PSICOMOTORIO-PRASSICA**

*Obiettivi* *Attività/Strumenti* *Tempi* *Verifica*

--	--	--	--

**AREA DELL'AUTONOMIA**

*Obiettivi* *Attività/Strumenti* *Tempi* *Verifica*

--	--	--	--

**AREA LOGICO-MATEMATICA**

*Obiettivi* *Attività/Strumenti* *Tempi* *Verifica*

--	--	--	--

**OBIETTIVI GENERALI TRASVERSALI (Primaria e Secondaria di I e II grado)****AREA COGNITIVA**

<i>Obiettivi</i>	<i>Attività/Strumenti</i>	<i>Tempi</i>	<i>Verifica</i>
------------------	---------------------------	--------------	-----------------

--	--	--	--

**AREA NEUROPSICOLOGICA**

<i>Obiettivi</i>	<i>Attività/Strumenti</i>	<i>Tempi</i>	<i>Verifica</i>
------------------	---------------------------	--------------	-----------------

--	--	--	--

**AREA AFFETTIVO-RELAZIONALE**

<i>Obiettivi</i>	<i>Attività/Strumenti</i>	<i>Tempi</i>	<i>Verifica</i>
------------------	---------------------------	--------------	-----------------

--	--	--	--

**AREA DELLA COMUNICAZIONE**

<i>Obiettivi</i>	<i>Attività/Strumenti</i>	<i>Tempi</i>	<i>Verifica</i>
------------------	---------------------------	--------------	-----------------

--	--	--	--

**AREA LINGUISTICA**

<i>Obiettivi</i>	<i>Attività/Strumenti</i>	<i>Tempi</i>	<i>Verifica</i>
------------------	---------------------------	--------------	-----------------

--	--	--	--

**AREA SENSORIALE**

<i>Obiettivi</i>	<i>Attività/Strumenti</i>	<i>Tempi</i>	<i>Verifica</i>
------------------	---------------------------	--------------	-----------------

--	--	--	--

**AREA MOTORIO-PRASSICA**

<i>Obiettivi</i>	<i>Attività/Strumenti</i>	<i>Tempi</i>	<i>Verifica</i>
------------------	---------------------------	--------------	-----------------

--	--	--	--

**AREA DELL'AUTONOMIA**

<i>Obiettivi</i>	<i>Attività/Strumenti</i>	<i>Tempi</i>	<i>Verifica</i>
------------------	---------------------------	--------------	-----------------

--	--	--	--

**AREA DELL'APPRENDIMENTO**

<i>Obiettivi</i>	<i>Attività/Strumenti</i>	<i>Tempi</i>	<i>Verifica</i>
------------------	---------------------------	--------------	-----------------

--	--	--	--

**OBIETTIVI DIDATTICI SPECIFICI (*Tutti gli ordini di scuola*)**

**CAMPO DI ESPERIENZA/AMBITO/ .....**  
**DISCIPLINA/MATERIA:**

*Obiettivi*

*Contenuti*

*Metodologie/Attività*

--	--	--

**CAMPO DI ESPERIENZA/AMBITO/ .....**  
**DISCIPLINA/MATERIA:**

*Obiettivi*

*Contenuti*

*Metodologie/Attività*

--	--	--

**ATTIVITÀ IN COMPRESENZA CON IL DOCENTE DI SOSTEGNO**

Ore di sostegno settimanali assegnate alla .....  
classe:

---

**Quadro orario della classe con evidenziate le ore di compresenza con il docente di sostegno:**

Ora	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato
1°						
2°						
3°						
4°						
5°						
6°						

La scelta della distribuzione delle ore di sostegno è stata effettuata per venire incontro alle esigenze dell'allievo/a. Ci si riserva, tuttavia, di apportare eventuali modifiche qualora nel corso dell'anno emergessero esigenze diverse.

---

**Attività con la classe (*aspetti metodologici e operativi, risorse e strumenti*):**

.....

---

**Intervento individuale in classe (*aspetti metodologici, risorse e strumenti*):**

.....

Tutti gli interventi saranno effettuati previ accordi procedurali tra gli insegnanti su posto comune e l'insegnante di sostegno al fine di garantire le condizioni più favorevoli per il raggiungimento degli obiettivi precedentemente indicati.

---

**Ulteriori note:** .....

**ATTIVITÀ DI SUPPORTO DELL'ASSISTENTE EDUCATIVO IN AMBITO SCOLASTICO**

Ore di assistenza educativa settimanali assegnate .....  
all'allievo/a

---

**Quadro orario della classe con evidenziate le ore in cui è presente l'assistente educativo:**

Ora	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato
1°						
2°						



3°						
4°						
5°						
6°						

**Interventi educativi in ambito scolastico:**

.....

**VERIFICA E VALUTAZIONE**

**Verifica e valutazione dell'apprendimento (*modalità di verifica e criteri di valutazione*):**

.....

- ***SOLO PER LA SCUOLA SECONDARIA DI II GRADO nel caso di programmazione con obiettivi differenziati***

Poiché lo studente segue una programmazione con valutazione differenziata, per la valutazione finale, in riferimento alle norme contenute nell'O.M. n° 90 del 21/05/2001, il Consiglio di classe esaminerà gli elementi di giudizio forniti da ciascun insegnante sui livelli di apprendimento raggiunti, anche attraverso l'attività di integrazione e di sostegno, e verificherà i risultati complessivi rispetto agli obiettivi prefissati dal PEI.

**Verifica e valutazione del Piano Educativo Individualizzato (*tempi e modalità*):**

.....

Il Team docenti/Consiglio di classe, sentito anche il parere della famiglia, si riserva l'opportunità di modificare il Piano Educativo Individualizzato qualora dovessero insorgere problematiche che rendano necessario differenziare il percorso rispetto a quanto indicato nel presente progetto.

### Il Team docenti/Consiglio di classe

<i>Ambito di competenza</i>	<i>Cognome e nome del docente</i>	<i>Firma</i>

+

### Altre figure coinvolte

<i>Ambito di competenza</i>	<i>Cognome e nome</i>	<i>Firma</i>

+

*Firma*

<b>Il Dirigente Scolastico</b> Prof./Prof.ssa .....	
--	--

*Firma*

<b>Il/I genitore/i</b>	