

[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

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

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:

ULTERIORI CONSIDERAZIONI IN RIFERIMENTO ALLA SITUAZIONE DI PARTENZA

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

Il Dirigente Scolastico Prof./Prof.ssa	
--	--

Firma

Il/I genitore/i	