

[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

Gr. di parentela	Cognome e nome	Data di nascita	Titolo di studio	Professione

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

Cognome e nome	Ambito di competenza	Continuità	n° anni

+

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

SERVIZIO DI ASSISTENZA SCOLASTICAAssistenza scolastica ☐ SI ☐ NOTipologia 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 CORSOFrequenza regolare ☐ SI ☐ NORiduzione 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

<i>Dalla Diagnosi Funzionale:</i>

<i>Dall'osservazione nel contesto scuola/classe:</i>

→ 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

<i>Dalla Diagnosi Funzionale:</i>

<i>Dall'osservazione nel contesto scuola/classe:</i>

→ Sintesi dei bisogni individuati:

AREA DELL'AUTONOMIA

<i>Dalla Diagnosi Funzionale:</i>

<i>Dall'osservazione nel contesto scuola/classe:</i>

→ Sintesi dei bisogni individuati:

AREA DELL'APPRENDIMENTO

<i>Dalla Diagnosi Funzionale:</i>

<i>Dall'osservazione nel contesto scuola/classe:</i>

→ 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 <i>(Infanzia)</i>

AREA COGNITIVA E NEUROPSICOLOGICA
--

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

AREA SOCIO-AFFETTIVO-RELAZIONALE

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

AREA DELLA COMUNICAZIONE E LINGUISTICA

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

AREA SENSORIALE-PERCETTIVA

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

AREA PSICOMOTORIO-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 LOGICO-MATEMATICA

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

OBIETTIVI GENERALI TRASVERSALI <i>(Primaria e Secondaria di I e II grado)</i>
--

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 (<i>Tutti gli ordini di scuola</i>)
--

CAMPO DI ESPERIENZA/AMBITO/DISCIPLINA/MATERIA:

<i>Obiettivi</i>	<i>Contenuti</i>	<i>Metodologie/Attività</i>

CAMPO DI ESPERIENZA/AMBITO/DISCIPLINA/MATERIA:

<i>Obiettivi</i>	<i>Contenuti</i>	<i>Metodologie/Attività</i>

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.

LA PROGRAMMAZIONE È STATA FORMALIZZATA NELLA SEDUTA DEL

__ / __ / ____

Il Team docenti/Consiglio di classe

Ambito di competenza

Cognome e nome del docente

Firma

+

Altre figure coinvolte

Ambito di competenza

Cognome e nome

Firma

+

Firma

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

Firma

Il/I genitore/i	