

[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 SCOLASTICA

Assistenza scolastica	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Tipologia di intervento	<input type="checkbox"/> Ass. educativa	<input type="checkbox"/> Ass. alla persona	<input type="checkbox"/> Altro [Se ALTRO, specificare]
Nome dell'operatore:	.....	Ore settimanali:	....
Indirizzo E-mail:	.....	Telefono/Cellulare:	.....
Assistenza di base	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Riduzione orario di frequenza	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	[Se SI, indicare la motivazione]
Numero ore di frequenza settimanale su monte ore di curriculo: ___/___			
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**

<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 (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

Obiettivi	Attività/Strumenti	Tempi	Verifica

AREA DELL'APPRENDIMENTO

Obiettivi	Attività/Strumenti	Tempi	Verifica

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

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>

+

<i>Firma</i>
Il Dirigente Scolastico Prof./Prof.ssa

<i>Firma</i>
Il/I genitore/i