**PIANO EDUCATIVO INDIVIDUALIZZATO**

**ANNO SCOLASTICO ………………**

**Alunno:……………………………………………………..**

**Sezione:**

**Insegnanti curricolari:**

**Insegnante di Sostegno:**

**DATI RELATIVI ALL’ALUNNO**

**COGNOME**……………………………………………

**NOME**………………………………………………….

**DATA DI NASCITA** …………………………..

**RESIDENZA**

.....................................................................................................................................

**CLASSE** ……………………

###### Diagnosi clinica o codice

datata al \_\_\_\_\_

Dott:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | | ASL di riferimento |  | | Figura di riferimento ASL |  | | Operatore educativo-assistenziale |  |  |  |  | | --- | --- | | Necessità di terapia farmacologica in orario scolastico |  | | Necessità di attività di riabilitazione |  | | Necessità di servizi igienici attrezzati in modo specifico |  | | Necessità di riduzione e/o flessibilità oraria |  | | Altre necessità specifiche |  |   **DATI RELATIVI ALLA PRECEDENTE SCOLARIZZAZIONE**  ANNO SCOLASTICO ……………………………………………………..  SCUOLA FREQUENTATA………………………………………………..  CLASSE  TIPO DI FREQUENZA (regolare/irregolare)  **CONTESTO SCOLASTICO ATTUALE**  *(tipologia della classe come luogo di socializzazione e apprendimento)*  *………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*  Classe………… Numero alunni……  Ore di sostegno:……….    Assistenza specialistica……… |

**AREE DI INTERVENTO**

**INTERVENTI SOCIO EDUCATIVI**

1. INTERVENTI RIABILITATIVI IN ORARIO SCOLASTICO

(Operatore di riferimento, tempi, modalità, metodologia di raccordo scuola/ operatore)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

2. INTERVENTI RIABILITATIVI IN ORARIO EXTRASCOLASTICO

(Operatore di riferimento, tempi, modalità, metodologia di raccordo scuola / operatore)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**INTERVENTI EDUCATIVI TERRITORIALI**

* Tipo di intervento
* Operatore di riferimento
* Tempi
* Modalità
* Metodologia di raccordo scuola/ operatore

**INTERVENTO EDUCATIVO SCUOLA-FAMIGLIA**

* Famigliari di riferimento
* Frequenza degli incontri scuola / famiglia ; tipologia di incontro ( colloqui informali, gruppo tecnico...)
* Descrizione delle aspettative della famiglia nei confronti dell’alunno, della scuola, degli insegnanti
* Definizione degli obiettivi formativi condivisi

**RISORSE DELLA SCUOLA**

* Descrizione della classe
* Attività di compresenza
* Laboratori
* Sperimentazioni
* Operatore psicopedagogico, Operatore tecnologico
* Classi aperte
* Progetti

**ASSE 1: AFFETTIVO RELAZIONALE**

OBIETTIVI A BREVE TERMINE

(devono essere strettamente collegati agli obiettivi a lungo termine indicati nel PDF)

ATTIVITA’

(quali attività sono state realizzate e/o sono previste. Tali attività devono essere congruenti con “ strumenti e proposte” individuati nel PDF)

VERIFICA

(riportare l’esito della verifica degli obiettivi a breve termine; verifica effettuata sino al momento dell’invio del PEI)

RACCORDO CON LA PROGRAMMAZIONE DELLA CLASSE

**ASSE 2: AUTONOMIA**

OBIETTIVI A BREVE TERMINE

(devono essere strettamente collegati agli obiettivi a lungo termine indicati nel PDF)

ATTIVITA’

(quali attività sono state realizzate e/o sono previste. Tali attività devono essere congruenti con “ strumenti e proposte” individuati nel PDF)

VERIFICA

( riportare l’esito della verifica degli obiettivi a breve termine; verifica effettuata sino al momento dell’invio del PEI. )

RACCORDO CON LA PROGRAMMAZIONE DELLA CLASSE

**ASSE 3 E ASSE 4:COMUNICAZIONALE E LINGUISTICO**

OBIETTIVI A BREVE TERMINE

(devono essere strettamente collegati agli obiettivi a lungo termine indicati nel PDF)

ATTIVITA’

(quali attività sono state realizzate e/o sono previste. Tali attività devono essere congruenti con “strumenti e proposte” individuati nel PDF)

VERIFICA

(riportare l’esito della verifica degli obiettivi a breve termine; verifica effettuata sino al momento dell’invio del PEI)

RACCORDO CON LA PROGRAMMAZIONE DELLA CLASSE

**ASSE 5: SENSORIALE E PERCETTIVO**

OBIETTIVI A BREVE TERMINE

(devono essere strettamente collegati agli obiettivi a lungo termine indicati nel PDF)

ATTIVITA’

(quali attività sono state realizzate e/o sono previste. Tali attività devono essere congruenti con “strumenti e proposte” individuati nel PDF)

VERIFICA

(riportare l’esito della verifica degli obiettivi a breve termine; verifica effettuata sino al momento dell’invio del PEI)

RACCORDO CON LA PROGRAMMAZIONE DELLA CLASSE

**ASSE 6: MOTORIO PRASSICO**

OBIETTIVI A BREVE TERMINE

(devono essere strettamente collegati agli obiettivi a lungo termine indicati nel PDF)

ATTIVITA’

(quali attività sono state realizzate e/o sono previste. Tali attività devono essere congruenti con “strumenti e proposte” individuati nel PDF)

VERIFICA

( riportare l’esito della verifica degli obiettivi a breve termine; verifica effettuata sino al momento dell’invio del PEI)

RACCORDO CON LA PROGRAMMAZIONE DELLA CLASSE

**ASSE 7: NEUROPSICOLOGICO**

OBIETTIVI A BREVE TERMINE

(devono essere strettamente collegati agli obiettivi a lungo termine indicati nel PDF)

ATTIVITA’

(quali attività sono state realizzate e/o sono previste. Tali attività devono essere congruenti con “strumenti e proposte” individuati nel PDF)

VERIFICA

(riportare l’esito della verifica degli obiettivi a breve termine; verifica effettuata sino al momento dell’invio del PEI)

RACCORDO CON LA PROGRAMMAZIONE DELLA CLASSE

**ASSE 8: COGNITIVO**

OBIETTIVI A BREVE TERMINE

(devono essere strettamente collegati agli obiettivi a lungo termine indicati nel PDF)

ATTIVITÀ’

(quali attività sono state realizzate e/o sono previste. Tali attività devono essere congruenti con “strumenti e proposte” individuati nel PDF)

VERIFICA

(riportare l’esito della verifica degli obiettivi a breve termine; verifica effettuata sino al momento dell’invio del PEI)

RACCORDO CON LA PROGRAMMAZIONE DELLA CLASSE

**ASSE 9: APPRENDIMENTO CURRICOLARE**

OBIETTIVI A BREVE TERMINE

(devono essere strettamente collegati agli obiettivi a lungo termine indicati nel PDF)

ATTIVITA’

(quali attività sono state realizzate e/o sono previste. Tali attività devono essere congruenti con “strumenti e proposte” individuati nel PDF)

VERIFICA

(riportare l’esito della verifica degli obiettivi a breve termine; verifica effettuata sino al momento dell’invio del PEI)

RACCORDO CON LA PROGRAMMAZIONE DELLA CLASSE

**SINTESI**

Da quanto emerso dalla diagnosi funzionale educativa e dalle valutazioni iniziali dell’insegnante di sostegno in occasione della redazione del Profilo Dinamico Funzionale emergono i seguenti obiettivi:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Asse** | ***Lungo termine*** | ***Medio termine*** | ***Breve termine*** |
| **COGNITIVO** |  |  |  |
| **AFFETTIVO-RELAZIONALE** |  |  |  |
| **COMUNICAZIONALE** |  |  |  |
| **LINGUISTICO** |  |  |  |
| **SENSORIALE** |  |  |  |
| **MOTORIO PRASSICO** |  |  |  |
| **NEUROPSICOLOGICO** |  |  |  |
| **AUTONOMIA** |  |  |  |

**ATTIVITA’ EXTRA SCOLASTICHE DELLA CLASSE**

(attività svolte in orario scolastico ma fuori dalla scuola , ad. es. ludoteca, piscina, uscite didattiche....)

**ATTIVITA’ DISCIPLINARI INDIVIDUALI**

(Descrizione sintetica degli adattamenti disciplinari resisi necessari)

**PROGRAMMAZIONE SETTIMANALE DELLA CLASSE**

**ORARIO DELLA CLASSE**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**ORARIO DELL’ALUNNO**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**STRATEGIE PER L’EMERGENZA**

In presenza di crisi momentanee dell’alunno (determinate da fattori legati alle esperienze scolastiche ed extrascolastiche o dall’assenza di figure di riferimento, ecc.) descrivere le caratteristiche dell’emergenza e le strategie elaborate per superarla.

**ATTIVITÀ, MATERIALI E METODI DI LAVORO**

**Attività:**

Partecipazione alle attività curricolari e al progetto annuale

*Eventuali percorsi di didattica differenziata*

**Materiali specifici:**

**Strategie:**

**MODALITA’ DI VERIFICA e DI VALUTAZIONE**

**Collocazione temporale delle attività di verifica:**

Le verifiche intermedie del P.E.I. vengono effettuate con cadenza \_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Le informazioni necessarie alla valutazione del raggiungimento degli obiettivi e all’adeguatezza di questi ultimi rispetto ai bisogni reali dello studente vengono raccolte con frequenza\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Modalità di verifica:**

Acquisizione degli obiettivi da parte dello studente: osservazioni sistematiche, compilazione di checklist, eventuale somministrazione di prove standardizzate (indicare quali), visite specialistiche.

Adeguatezza degli obiettivi: discussione all’interno del G.H.O. circa la coerenza degli obiettivi con il progetto di vita dello studente e l’effettivo miglioramento delle condizioni di vita quotidiana.

**Risultati della verifica:**

**Acquisizione degli obiettivi:**

**Adeguatezza degli obiettivi:**

**PER CONSENTIRE L’ATTUAZIONE DEL PRESENTE PIANO EDUCATIVO CHE E’ STATO CONCORDATO E REDATTO DA:**

**FAMIGLIA**.......................................................................................................

**REFERENTE DEL CASO**.................................................................................

**OPERATORI**.....................................................................................................

..........................................................................................................................

..........................................................................................................................

..........................................................................................................................

INSEGNANTI...................................................................................................

..........................................................................................................................

..........................................................................................................................

..........................................................................................................................

..........................................................................................................................

..........................................................................................................................

..........................................................................................................................

Si sono utilizzate..............ORE DI SOSTEGNO SETTIMANALE

Si sono utilizzate ............ORE DI INTERVENTO DELL’ENTE LOCALE

Si sono utilizzate ............. ORE DI INTERVENTO DI UN ASSISTENTE SPECIALISTICO

**Per il prossimo anno scolastico si richiedono:**

............ORE DI SOSTEGNO SETTIMANALE

............ORE DI INTERVENTO DELL’ENTE LOCALE

.............ORE DI INTERVENTO DI UN ASSISTENTE SPECIALISTICO

Data………………………………

**Firma del doc. di sostegno Firma dei doc. curricolari**

**Firma del genitore Unità multidisciplinare**

###### Firma del Dirigente Scolastico