## **PIANO EDUCATIVO INDIVIDUALIZZATO**

## **Legge 104/1992**

Anno Scolastico \_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_

### DATI ANAGRAFICI DELL’ALUNN\_

|  |  |
| --- | --- |
| Nome |  |
| Cognome |  |
| Data di nascita |  |
| Luogo di nascita |  |
| Provincia |  |
| Residenza |  |

CARATTERISTICHE DELLA CLASSE

|  |  |
| --- | --- |
| Sezione |  |
| Indirizzo |  |
| Numero di oresettimanali di lezioni |  |
| Numero di alunni frequentanti |  |

COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE

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

|  |
| --- |
| Note: |
|   |
|   |
|  |

CODIFICAZIONE DELLA DIAGNOSI

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

CARATTERE PREVALENTE DELLA MINORAZIONE

|  |
| --- |
| * Fisica accentuata
 |
| * Fisica lieve
 |
| * Psichica accentuata
 |
| * Psichica lieve
 |
| * Visiva
 |
| * Uditiva
 |

L’ALUNN\_ PROVIENE DA:

|  |
| --- |
| * Ciclo di studi precedente (classe\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)
 |
| * Scuola Media
 |

|  |
| --- |
| Note: |
|   |
|   |
|   |

L’ALUNN\_:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Può raggiungere la scuola autonomamente? | SI | NO |
| Utilizza un mezzo di trasporto ad uso scolastico senza accompagnatore? | SI | NO |
| Utilizza un mezzo di trasporto specifico con accompagnatore personale? | SI | NO |
| È in grado di salire le scale senza aiuto? | SI | NO |
| È in grado di salire le scale con aiuto?  | SI | NO |
| Ha bisogno di servizi igienici attrezzati in modo specifico? | SI | NO |
| Ha bisogno di seguire terapie farmacologiche in orario scolastico? | SI | NO |
| Svolgerà attività di abilitazione in orario scolastico? | SI | NO |
| Partecipa alle attività dei laboratori tecnologici senza aiuti? | SI | NO |
| Partecipa alle attività dei laboratori tecnologici con aiuti? | SI | NO |

GLI INTERVENTI ATTIVATI A FAVORE DELL’ALUNN\_ SONO:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tipo di intervento |  |  |
| Psicologo | SI | NO |
| Neuropsichiatra | SI | NO |
| Assistente sociale | SI | NO |
| Educatore  | SI | NO |
| Riabilitazione: | SI | NO |
| Altro: | SI | NO |

L’ALUNN\_ PRESENTA LE SEGUENTI NECESSITÀ:

|  |
| --- |
| Edificio Scolastico: |
| * Aula a piano terra
 |
| * Servizi igienici specifici
 |
| * Aule speciali attrezzate
 |
|  |
| Altri bisogni: |
| * Ausili tecnici (indicare)
 |
|  |
|  |
|  |
|  |
| * Riduzione dell’orario di frequenza scolastica (specificare)
 |
|  |
|  |
|  |
|  |
| * Personale educativo assistenziale per… (specificare le esigenze)
 |
|  |
|  |
|  |
|  |
| * Altro
 |
|  |
|  |
|  |
|  |

AREE FUNZIONALI IN CUI SI RISCONTRANO DIFFICOLTÀ

|  |
| --- |
| * AREA COGNITIVA
 |
|  |
| **Funzione della coscienza:** |
| **Funzione intellettiva** (Stadio preoperatorio, operatorio concreto, operatorio formale)**:** |
| **Modalità di operare:*** **Modalità d’uso delle competenze:**
 |

|  |
| --- |
| * AREA AFFETTIVA-RELAZIONALE
 |
| **Funzioni del temperamento e della personalità*** **Immagine di sé:**
* **Rapporto con gli altri**

**Coetanei** **Adulti** |

|  |
| --- |
| * AREA DELLA COMUNICAZIONE
 |
| **Comunicare con – ricevere – messaggi verbali:****Comunicare con – ricevere – messaggi non verbali:****Mezzi privilegiati:** |

|  |
| --- |
| * AREA LINGUISTICA
 |
| **Funzioni mentali del linguaggio:****Produzione scritta:****Produzione orale:** |

|  |
| --- |
| * AREA SENSORIALE
 |
| **Funzioni percettive** |

|  |
| --- |
| * AREA MOTORIO PRASSICA
 |
|   |
|   |
|   |

|  |
| --- |
| * AREA DELL’APPRENDIMENTO
 |
| **Copiare****Ripetere****Imparare a leggere****Imparare a scrivere****Imparare a calcolare****Acquisizione di abilità****Applicazione delle conoscenze****Focalizzare l’attenzione****Lettura****Scrittura****Calcolo****Risoluzione di problemi****Prendere decisioni****Compiti e richieste generali****Intraprendere un compito singolo****Intraprendere compiti articolati** |

|  |
| --- |
| * AREA DELL’AUTONOMIA
 |
| **Mobilità****Cambiare e mantenere una posizione corporea****Cambiare la posizione corporea di base****Muoversi usando un mezzo di trasporto****Cura della propria persona*** **Lavarsi**
* **Vestirsi**

**Interazioni interpersonali generali*** **Interazioni interpersonali semplici**
* **Interazioni interpersonali complesse**

**Partecipazione sociale*** **Istruzione scolastica**
* **Vita nella comunità**

**Fattori contestuali personali****Stili di attribuzione****Stili, atteggiamenti, convinzioni, etc.****Autoefficacia****Convinzioni delle proprie capacità****Autostima****Complesso di giudizi di valore e sentimenti****Emotività****Disturbi emozionali (ansia, depressione, etc.)****Motivazione****Spinta motivazionale ad apprendere****Comportamenti problema****Aggressività, autolesionismo, stereotipie, etc.** |

|  |
| --- |
| * AREA NEUROPSICOLOGICA
 |
| **Funzioni della memoria (a breve e lungo termine):****Funzioni dell’attenzione:****Organizzazione spazio-temporale:** |

BREVE PRESENTAZIONE DELL’ALUNN\_ E DELLA CLASSE

|  |
| --- |
|  |

FINALITA’ ED OBIETTIVI DIDATTICI ED EDUCATIVI

 (OBIETTIVI A BREVE A MEDIO E A LUNGO TERMINE)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **AREA COGNITIVA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  ***OBIETTIVI A******LUNGO TERMINE*** | ***OBIETTIVI A******MEDIO TERMINE*** | ***OBIETTIVI A******BREVE TERMINE******SOTTO-OBIETTIVI******FACILITANTI*** |
|  |  |  |

**AREA AFFETTIVO-RELAZIONALE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***OBIETTIVI A******LUNGO TERMINE*** | ***OBIETTIVI A******MEDIO TERMINE*** | ***OBIETTIVI A******BREVE TERMINE******SOTTO-OBIETTIVI******FACILITANTI*** |
|  |  |  |

**AREA COMUNICAZIONALE E LINGUISTICA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***OBIETTIVI A******LUNGO TERMINE*** | ***OBIETTIVI A******MEDIO TERMINE*** | ***OBIETTIVI A******BREVE TERMINE******SOTTO-OBIETTIVI******FACILITANTI*** |
|  |  |  |

**AREA SENSORIALE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***OBIETTIVI A******LUNGO TERMINE*** | ***OBIETTIVI A******MEDIO TERMINE*** | ***OBIETTIVI A******BREVE TERMINE******SOTTO-OBIETTIVI******FACILITANTI*** |
|  |  |  |

**AREA MOTORIO-PRASSICA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***OBIETTIVI A******LUNGO TERMINE*** | ***OBIETTIVI A******MEDIO TERMINE*** | ***OBIETTIVI A******BREVE TERMINE******SOTTO-OBIETTIVI******FACILITANTI*** |
|  |  |  |

**AREA NEUROPSICOLOGICA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***OBIETTIVI A******LUNGO TERMINE*** | ***OBIETTIVI A******MEDIO TERMINE*** | ***OBIETTIVI A******BREVE TERMINE******SOTTO-OBIETTIVI******FACILITANTI*** |
|  |  |  |

**AREA DELL’AUTONOMIA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***OBIETTIVI A******LUNGO TERMINE*** | ***OBIETTIVI A******MEDIO TERMINE*** | ***OBIETTIVI A******BREVE TERMINE******SOTTO-OBIETTIVI******FACILITANTI*** |
|  |  |  |

**AREA DELL’APPRENDIMENTO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***OBIETTIVI A******LUNGO TERMINE*** | ***OBIETTIVI A******MEDIO TERMINE*** | ***OBIETTIVI A******BREVE TERMINE******SOTTO-OBIETTIVI******FACILITANTI*** |
|  |  |  |

 |

FINALITA’ ED OBIETTIVI DIDATTICI ED EDUCATIVI

|  |
| --- |
|  |

CONTENUTI

|  |
| --- |
|  |
|  |

METODI, STRUMENTI E STRATEGIE D’INTERVENTO

|  |
| --- |
|  |

VERIFICHE E VALUTAZIONI

|  |
| --- |
|  |

ORARIO DI FREQUENZA SETTIMANALE DELL’ALUNNA

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  GIORNO | ENTRA ALLE | ESCEALLE | ATTIVITA’ FUORI DALLA SCUOLA |
| LUNEDI’ |  |  |  |
| MARTEDI’ |  |  |  |
| MERCOLEDI’ |  |  |  |
| GIOVEDI’ |  |  |  |
| VENERDI’ |  |  |  |
| SABATO |  |  |  |

|  |
| --- |
| NOTE: |
|  |
|  |
|  |

MODALITA’ ORGANIZZATIVE DELLE ATTIVITA’ PROGRAMMATE ALL’INTERNO DELLA SCUOLA

Indicare

CL =classe intera; G =lavoro di gruppo interno alla classe; L-CL =attività di laboratorio con la classe; L-G= attività di laboratorio anche con alunni di altre

classi; AI= attività individualizzata in rapporto 1 a 1 con l’insegnante di sostegno, fuori dalla classe; A-PG= attività per piccoli gruppi condotte dal docente di sostegno fuori dalla classe; R= riposo; RIAB= riabilitazione o cura;

Indicare inoltre se le attività programmate prevedono la presenza di:

DD= docenti disciplinari; DS= docente specializzato per il sostegno; ASS= operatore educativo assistenziale; MED= altro personale mediatore (obiettore, tutor,….)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ORARIO | LUNEDI’ | MARTEDI’ | MERCOLEDI’ | GIOVEDI’ | VENERDI’ | SABATO |
| 08.O0-09-00 |  |  |  |  |  |  |
| 09.00-10.00 |  |  |  |  |  |  |
| 10.00-11.00 |  |  |  |  |  |  |
| 11.00-12.00 |  |  |  |  |  |  |
| 12.00-13.00 |  |  |  |  |  |  |
| 13.10-14.00 |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| NOTE: |
|  |
|  |
|  |

PROSPETTO ORARIO SETTIMANALE DELLA CLASSE CON INDICAZIONE DELLE DISCIPLINE

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ORARIO | LUNEDI’ | MARTEDI’ | MERCOLEDI’ | GIOVEDI’ | VENERDI’ | SABATO |
| 08.30-09-30 |  |  |  |  |  |  |
| 09.30-10.20 |  |  |  |  |  |  |
| 10.20-11.15 |  |  |  |  |  |  |
| 11.30-12.20 |  |  |  |  |  |  |
| 12.20-13.10 |  |  |  |  |  |  |
| 13.10-14.00 |  |  |  |  |  |  |

ATTIVITA’ PROGRAMMATE PER LA CLASSE CHE COINVOLGONO L’ALUNNA

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

EVENTUALI PROGETTI IN CUI L’ALUNNA E’ INSERITA

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

VERIFICHE DEL PRESENTE PIANO EDUCATIVO INDIVIDUALIZZATO

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

RAPPORTO CON LA FAMIGLIA

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

ALTRE ANNOTAZIONI

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
| **N. B.** **Il PEI , compilato per ogni alunno/a seguendo il presente modello, ha carattere di dinamicità in quanto la stesura si realizza in funzione delle caratteristiche dell’alunno/a diversamente abile e dei bisogni che emergono durante l’anno scolastico. Pertanto alcune parti possono essere modificate, integrate o tolte perché non corrispondenti alle caratteristiche dell’alunno/a.** |

Data di approvazione del P.E.I

Firma del Dirigente Scolastico

Firma dell’Insegnante di Sostegno

Firme del Consiglio di Classe

#####

Firme degli Operatori A.S.L.

##### Firma dei Genitori