## **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 ore  settimanali 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 | ESCE  ALLE | 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