

ISTITUZIONE SCOLASTICA

(denominazione scuola)

PLESSO _____

PIANO EDUCATIVO INDIVIDUALIZZATO

Anno Scolastico _____ Classe _____ Sez. _____

| ALUNNO | | |
|------------------|-----------|-----------------|
| | | |
| Cognome | Nome | Data di nascita |
| | | |
| Luogo di nascita | Residenza | Telefono |

NUMERO DI ALUNNI DELLA CLASSE:

NUMERO DI ALUNNI CON BES NELLA CLASSE:

(numero inferiore o superiore)

QUADRO ORARIO DELLA CLASSE

| | Lunedì | Martedì | Mercoledì | Giovedì | Venerdì | Sabato |
|--------------------|--------|---------|-----------|---------|---------|--------|
| 1 ^a ora | | | | | | |
| 2 ^a ora | | | | | | |
| 3 ^a ora | | | | | | |
| 4 ^a ora | | | | | | |
| 5 ^a ora | | | | | | |
| 6 ^a ora | | | | | | |
| 7 ^a ora | | | | | | |
| 8 ^a ora | | | | | | |

QUADRO ORARIO DEL DOCENTE DI SOSTEGNO

| | Lunedì | Martedì | Mercoledì | Giovedì | Venerdì | Sabato |
|--------------------|--------|---------|-----------|---------|---------|--------|
| 1 ^a ora | | | | | | |
| 2 ^a ora | | | | | | |
| 3 ^a ora | | | | | | |
| 4 ^a ora | | | | | | |
| 5 ^a ora | | | | | | |
| 6 ^a ora | | | | | | |
| 7 ^a ora | | | | | | |
| 8 ^a ora | | | | | | |

| |
|---|
| Sintesi della diagnosi funzionale: |
|---|

| | | | |
|--|----|----|---------------------|
| La scuola è in possesso di certificazione medica | SI | NO | Data: |
| La scuola è in possesso della L.104 | SI | NO | Data: Revisione: |
| La scuola è in possesso di Diagnosi Funzionale | SI | NO | Data |

| CARATTERISTICHE FISICHE | | |
|--|----|----|
| ▪ Buono stato di salute | SI | NO |
| ▪ Armonia sta/ponderale | SI | NO |
| ▪ Presenta dismorfismi se SI, quali? | SI | NO |
| ▪ Buona funzionalità visiva | SI | NO |
| ▪ Difficoltà di fonazione | SI | NO |
| ▪ Buona funzionalità uditiva | SI | NO |
| ▪ Utilizza protesi sanitarie o ausili tecnici se SI, quali? | SI | NO |

| |
|------------------------------------|
| Esperienze scolastiche precedenti: |
|------------------------------------|

| | | |
|---|----|----|
| ▪ Interventi riabilitativi se SI, quali? | SI | NO |
| ▪ Trattamenti farmacologici | SI | NO |
| ▪ In orario scolastico | SI | NO |
| Nome somministratore e ruolo | | |
| N. protocollo somministrazione | | |

| FUNZIONALITA' PSICOMOTORIA | | |
|--|----|----|
| ▪ Coordinazione dinamica generale | SI | NO |
| ▪ Dominanza laterale: destra <input type="checkbox"/> sinistra <input type="checkbox"/> crociata <input type="checkbox"/> non acquisita <input type="checkbox"/> | | |
| ▪ Motricità fine | SI | NO |
| ▪ Coordinazione spazio – temporale | SI | NO |

*Allegato D Bis all'Accordo di Programma-Quadro promosso dal GLIP dell'USR
Ufficio V Ambito Territoriale Provincia di Cagliari
MODELLO PER SCUOLA PRIMARIA*

| CARATTERISTICHE COMPORTAMENTALI | | | | | |
|---------------------------------|----|----|-----------------------|----|----|
| ▪ Aggressività | SI | NO | ▪ Dipendenza | SI | NO |
| ▪ Partecipazione | SI | NO | ▪ Accettazione regole | SI | NO |
| ▪ Eventuali altre osservazioni: | | | | | |

| EXTRASCUOLA ED EDUCATIVA | | | | | |
|---------------------------------------|----|----|-----------------------|----|----|
| Ha l'educatore a scuola monte ore: | SI | NO | Ha l'educatore a casa | SI | NO |
| Fa attività extrascolastiche | SI | NO | se SI, quali: | | |
| | | | | | |

| QUADRO FAMILIARE | | | | | |
|-----------------------------|----------------|----|-----|----------------|-------------|
| Grado di parentela | Nome e Cognome | | Età | Studi compiuti | Professione |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| ▪ L'alunno vive in famiglia | SI | NO | | | |
| se NO dove? | | | | | |

**VALUTAZIONE DELLE POTENZIALITÀ E DELLE COMPETENZE ACQUISITE NELLE
SEGUENTI AREE:**

| | |
|---|---------------------------|
| AREA COGNITIVA E NEUROPSICOLOGICA (livello di sviluppo cognitivo, attenzione, memoria, processi di selezione – recupero - elaborazione dell'informazione, tempi e modalità di apprendimento). | |
| PUNTI DI FORZA | PUNTI DI DEBOLEZZA |
| | |
| AREA PSICO-MOTORIO-PRASSICA (schema corporeo, percezione, coordinazione motoria, lateralizzazione e coordinazione oculo-manuale, orientamento spazio-temporale, motricità fine, motricità globale, autonomia personale). | |
| PUNTI DI FORZA | PUNTI DI DEBOLEZZA |
| | |
| AREA AFFETTIVO-RELAZIONALE (autostima, motivazione, partecipazione, integrazione, relazione interpersonale,). | |
| PUNTI DI FORZA | PUNTI DI DEBOLEZZA |
| | |
| AREA COMUNICATIVO-LINGUISTICA (ascolto, comprensione e produzione dei linguaggi verbali e non verbali, lettura, scrittura, competenze linguistiche, capacità comunicative, espressive e pragmatiche). | |
| PUNTI DI FORZA | PUNTI DI DEBOLEZZA |
| | |
| AREA LOGICO-MATEMATICA (forme e colori, concetti topologici, processi di seriazione e di classificazione, concetto di quantità e di numero, calcolo scritto e mentale, logica, risoluzione di problemi, capacità di astrazione). | |
| PUNTI DI FORZA | PUNTI DI DEBOLEZZA |
| | |
| AREA: SENSORIALE-PERCETTIVA (funzionalità visiva e uditiva). | |
| PUNTI DI FORZA | PUNTI DI DEBOLEZZA |
| | |
| AREA DELLE AUTONOMIE (personale, scolastica, sociale). | |
| PUNTI DI FORZA | PUNTI DI DEBOLEZZA |
| | |

PROPOSTA EDUCATIVO-DIDATTICA GENERALE

Competenze da acquisire

1) OBIETTIVI GENERALI

(Individuare e definire obiettivi generali, anche in riferimento alla programmazione della classe)

OBIETTIVI SPECIFICI A BREVE E MEDIO TERMINE *(Individuare e definire obiettivi, specifici e verificabili, anche in riferimento alla programmazione della classe)*

OBIETTIVI SPECIFICI A LUNGO TERMINE *(Individuare e definire obiettivi, specifici e verificabili, anche in riferimento alla programmazione della classe)*

2) IPOTESI OPERATIVA
(metodologie didattiche e tecniche adottate).

RISORSE (spazi, materiali e sussidi didattici).

MODALITA' DELL'INSERIMENTO (nella sezione, nella classe, nel plesso)

**PERSONALE IMPEGNATO NEL PROGETTO EDUCATIVO E AMBITO DI
COMPETENZA** (docenti di classe e di sostegno, assistente qualificato)

3) CRITERI E MODALITA' DI VALUTAZIONE

ALTRE FIGURE COINVOLTE

Operatori coinvolti Indicare i nominativi degli operatori coinvolti nell'attuazione degli interventi: operatori ASL, operatori Amm.ne comunale o provinciale, collaboratori scolastici, genitori o tutore, altre figure professionali.

Risorse territoriali utili a perseguire gli obiettivi Indicare le risorse territoriali che possono essere utilizzate per il raggiungimento degli obiettivi

SCUOLA PRIMARIA

Firme per la condivisione del documento

| cognome | nome | ruolo | firma |
|----------------|-------------|--|--------------|
| | | docente | |
| | | tutore | |
| | | referente A.S.L. | |
| | | referente centro convenzionato | |
| | | funzione strumentale per l'handicap | |
| | | docente di sostegno | |
| | | educatore | |
| | | madre/tutore | |
| | | padre/tutore | |

Il Dirigente Scolastico
