

ISTITUZIONE SCOLASTICA

(denominazione scuola)

PLESSO _____

PIANO EDUCATIVO INDIVIDUALIZZATO

Anno Scolastico _____ Classe _____ Sez _____

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

<3

>3

(numero inferiore o superiore)

QUADRO ORARIO CLASSE

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

QUADRO ORARIO DEL DOCENTE DI SOSTEGNO

(indicare con asterisco le ore di presenza dell'educatore)

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

Sintesi diagnosi funzionale:

La scuola è in possesso di certificazione medica	SI	NO	<i>Data:</i>
La scuola è in possesso della L.104	SI	NO	<i>Data: revisione:</i>
La scuola è in possesso di Diagnosi Funzionale	SI	NO	<i>Data</i>

CARATTERISTICHE FISICHE

▪ Buono stato di salute	SI	NO	▪ Difficoltà di fonazione	SI	NO
▪ Armonia sta/ponderale	SI	NO	se si quali?		
▪ Presenta dismorfismi	SI	NO			
se si quali? _____			▪ Buona funzionalità visiva	SI	NO
_____			▪ Buona funzionalità uditiva	SI	NO
▪ Utilizza protesi sanitarie o ausili tecnici				SI	NO
Se si quali?					
▪ Esperienze scolastiche precedenti:					

▪ Interventi riabilitativi	SI	NO
Se si quali?		
▪ Trattamenti farmacologici	SI	NO
▪ In orario scolastico	SI	NO
Nome somministratore e ruolo;		
N. protocollo somministrazione		

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

FUNZIONALITA' PSICOMOTORIA		
▪ Coordinazione dinamica generale	SI	NO
▪ Dominanza laterale: destra ☐ sinistra ☐ crociata ☐ non acquisita ☐		
▪ Motricità fine	SI	NO
▪ Coordinazione spazio – temporale	SI	NO

SERVIZIO E INTERVENTI DI SUPPORTO INTEGRATI CON IL COMUNE DI RESIDENZA	
Educatore in orario scolastico (nome e cognome)	
Monte ore settimanale educatore in orario scolastico	
Educatore domiciliare (nome e cognome)	
Monte ore settimanale educatore domiciliare	

ALTRI SOGGETTI COINVOLTI IN INTERVENTI DI CARATTERE RIABILITATIVO	
Nominativo dell'operatore	
Tipologia di intervento	☐ logopedico ☐ fisioterapico ☐ psicomotorio ☐ altro (specificare)
Monte ore intervento settimanale	
Sede dell'intervento	
Tempo dell'intervento	☐ orario scolastico ☐ orario extra scolastico

Allegato D Bis all'Accordo di Programma-Quadro promosso dal GLIP dell'USR-Ufficio V Ambito Territoriale
provincia di Cagliari
MODELLO PER SCUOLA SECONDARIA DI PRIMO GRADO

Specificare tempo in orario scolastico	
<i>è possibile replicare i campi e/o l'intera tabella, se coinvolti più soggetti</i>	

ALTRI SOGGETTI COINVOLTI IN INTERVENTI DI CARATTERE SOCIALE	
Nominativo dell'operatore	
Tipologia di intervento	☐ gruppo sportivo ☐ centri di aggregazione ☐ centro diurno ☐ altro (specificare)
Monte ore intervento settimanale	
Sede dell'intervento	
Tempo dell'intervento	☐ orario scolastico ☐ orario extra scolastico
Specificare tempo in orario scolastico	
<i>è possibile replicare i campi e/o l'intera tabella, se coinvolti più soggetti</i>	

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:**

1. AREA:COGNITIVA E NEUROPSICOLOGICA (livello di sviluppo cognitivo, attenzione, memoria, processi di selezione – recupero - elaborazione dell'informazione, tempi e modalità di apprendimento).	
<i>PUNTI DI FORZA</i>	<i>SINTESI DEI BISOGNI</i>

2. AREA:AFFETTIVO-RELAZIONALE (autostima, motivazione, partecipazione, relazione interpersonale integrazione).	
<i>PUNTI DI FORZA</i>	<i>SINTESI DEI BISOGNI</i>

3. AREA:SENSORIALE-PERCETTIVA (funzionalità visiva e uditiva).	
<i>PUNTI DI FORZA</i>	<i>SINTESI DEI BISOGNI</i>

4. AREA DELLE AUTONOMIE (personale, scolastica, sociale).	
<i>PUNTI DI FORZA</i>	<i>SINTESI DEI BISOGNI</i>

5. AREA:PSICO-MOTORIA-PRASSICA (schema corporeo, percezione, coordinazione motoria, lateralizzazione e coordinazione oculo-manuale, orientamento spazio-temporale, motricità fine, motricità globale, autonomia personale).	
<i>PUNTI DI FORZA</i>	<i>SINTESI DEI BISOGNI</i>

6. AREA:COMUNICATIVO-LINGUISTICA (ascolto, comprensione e produzione dei linguaggi verbali e non verbali, lettura, scrittura, competenze linguistiche, capacità comunicative, espressive e pragmatiche).	
---	--

<i>PUNTI DI FORZA</i>	<i>SINTESI DEI BISOGNI</i>

7. 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).

<i>PUNTI DI FORZA</i>	<i>SINTESI DEI BISOGNI</i>

PROPOSTA EDUCATIVA

(individuare gli obiettivi - generali e specifici - verificabili, relativamente all'area presa in esame,
anche in riferimento alla programmazione di classe)

1. AREA:COGNITIVA E NEUROPSICOLOGICA Obiettivi Generali:		
Obiettivi Specifici:	a breve/medio termine	a lungo termine

2. AREA:AFFETTIVO-RELAZIONALE Obiettivi Generali:		
Obiettivi Specifici:	a breve/medio termine	a lungo termine

3. AREA:SENSORIALE-PERCETTIVA Obiettivi Generali:		
Obiettivi Specifici:	a breve/medio termine	a lungo termine

4. AREA DELLE AUTONOMIE Obiettivi Generali:		
Obiettivi Specifici:	a breve/medio termine	a lungo termine

5. AREA:PSICO-MOTORIA-PRASSICA Obiettivi Generali:		
Obiettivi Specifici:	a breve/medio termine	a lungo termine

6. AREA:COMUNICATIVO-LINGUISTICA Obiettivi Generali:		
Obiettivi Specifici:	a breve/medio termine	a lungo termine

7. AREA:LOGICO-MATEMATICA Obiettivi Generali:		
Obiettivi Specifici:	a breve/medio termine	a lungo termine

MODALITA' DI ATTUAZIONE

(anche in riferimento alla classe)

Modalità operativa (definire come si deve operare per raggiungere gli obiettivi, nella sezione, nella classe, nel plesso):
Strategie e/o tecniche (definire quali si intendono applicare):
Operatori coinvolti (indicare i nominativi degli operatori coinvolti nell'attuazione degli interventi: docenti, operatori ASL, operatori Amm.ne Comunale o Provinciale, collaboratori scolastici, genitore o tutore, altre figure professionali):
Sussidi e materiali utili a perseguire gli obiettivi (sussidi, strumenti, ausili di tipo didattico, tecnologico, sanitario, riabilitativo, che si intende utilizzare per perseguire gli obiettivi):
Risorse territoriali (indicare le risorse territoriali che possono essere utilizzate per il raggiungimento degli obiettivi):

VALUTAZIONE

Criteri e metodi di valutazione (indicare come verrà verificato il raggiungimento degli obiettivi):
--

Firme per la condivisione del documento

cognome	nome	ruolo	firma
		docente	
		docente	
		docente	
		docente	
		docente	
		docente	
		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