****

*ISTITUTO COMPRENSIVO “E.S. VERJUS”*

Viale Paganini 21 - 28047 - Oleggio (NO)

Tel. +39 0321 91226 - Fax +39 0321 961966

e-mail: noic81600d@istruzione.it  
Cod.Mecc. NOIC81600D

## SCUOLA INFANZIA/PRIMARIA/SECONDARIA………..

Via………………………….. - 28047 - Oleggio (NO)

Tel. +39 0321 …………….

# PIANO EDUCATIVO INDIVIDUALIZZATO

**per l’inserimento e l’integrazione**

# degli alunni diversamente abili

## Anno scolastico ………………..

## DATI IDENTIFICATIVI

ALUNNO:

DATA DI NASCITA:

LUOGO DI NASCITA:

DOMICILIO:

1. **DATI RELATIVI ALLA FAMIGLIA**

**COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE**

PADRE DELL’ALUNNO/A:

MADRE DELL’ALUNNO/A:

FRATELLI DELL’AUNNO/A:

**ABITUDINI E COMPORTAMENTO DELL’ALUNNO NEL NUCLEO FAMILIARE**

**ASPETTATIVE ED ATTEGGIAMENTI DELLA FAMIGLIA VERSO LA SCUOLA E L’ALUNNO**

1. **CURRICULUM SCOLASTICO**

(Indicare cronologicamente)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ANNO** | **CLASSE** | **SCUOLA** | **LUOGO** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **ANALISI DELLA SITUAZIONE DI PARTENZA**

(è desunta dal profilo descrittivo di funzionamento I.C.F.

e/o dalla valutazione finale dell’anno precedente

e/o dall’esito delle prove d’ingresso)

**PROFILO DESCRITTIVO DI FUNZIONAMENTO (I.C.F.)**

Pervenuta da il

**DIAGNOSI SINDROMICA**

Prevalente - codice ICD 10:

Associata 1 :

Associata 2 :

**TERAPIA FARMACOLOGICA**

**SITUAZIONE INIZIALE** (Da definire entro i primi due mesi di scuola.)

1. **ORARIO DELL’ALUNNO**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **LUNEDÌ** | **MARTEDÌ** | **MERCOLEDÌ** | **GIOVEDÌ** | **VENERDÌ** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **INTERVALLO** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **MENSA** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

L’alunno fruisce, su richiesta dei genitori, di una riduzione giornaliera di ore di lezione: Sì No

###### NO

Se sì, in quali giorni:

Ingresso alle ore:

Uscita alle ore:

1. **PROGETTAZIONE**

(si veda Attività e Partecipazione dell’I.C.F.-CY)

L’alunno/a segue:

* Programmazione di classe
* Programmazione individualizzata

**APPRENDIMENTO E APPLICAZIONE DELLE CONOSCENZE**

(linguaggio, lettura, scrittura, calcolo, risoluzione di problemi, attenzione)

|  |  |
| --- | --- |
| **COMPETENZE** | **ATTIVITÀ** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**COMPITI E RICHIESTE GENERALI**

(esecuzione di un compito singolo/articolato, semplice/complesso, in autonomia/in gruppo, routine)

|  |  |
| --- | --- |
| **COMPETENZE** | **ATTIVITÀ** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**COMUNICAZIONE**

(comprensione e produzione di messaggi verbali/non verbali, semplici/complessi, articolazione della parola-frase, scambi comunicativi, utilizzo di strumenti di comunicazione)

|  |  |
| --- | --- |
| **COMPETENZE** | **ATTIVITÀ** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**MOBILITÀ**

(cambiare e mantenere una posizione corporea, trasportare, spostare e maneggiare oggetti, camminare e spostarsi, muoversi usando un mezzo di trasporto)

|  |  |
| --- | --- |
| **COMPETENZE** | **ATTIVITÀ** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**CURA DELLA PROPRIA PERSONA**

(controllo sfinterico, pulizia personale, vestirsi/svestirsi, mangiare e bere)

|  |  |
| --- | --- |
| **COMPETENZE** | **ATTIVITÀ** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**INTERAZIONI E RELAZIONI INTERPERSONALI**

**AREE DI VITA PRINCIPALI - VITA SOCIALE, CIVILE E DI COMUNITÀ**

(interazioni interpersonali, rispetto delle regole sociali, relazioni con amici e pari, gioco solitario/in gruppo, tempo libero, sport)

|  |  |
| --- | --- |
| **COMPETENZE** | **ATTIVITÀ** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**RACCORDO CON LA PROGRAMMAZIONE DI CLASSE**

Attività in piccolo gruppo:

Attività di recupero, consolidamento o potenziamento:

Laboratori:

Attività a classi aperte (per piccoli gruppi):

Visite d’istruzione:

Uscite sul territorio:

Progetti:

1. **METODOLOGIE**

(metodologie didattiche e/o educative adottate con l’alunno,

programmi specifici delle vita dell’alunno)

1. **ANALISI DELLE RISORSE**

**SITUAZIONE DEL GRUPPO CLASSE E NUMERO ALUNNI**

*(descrivere la situazione generale della classe; presenza di altri alunni diversamente abili o in particolari difficoltà; livello di integrazione dell’alunno/a con il gruppo classe e con gli operatori scolastici)*

**TEAM DOCENTE**

Insegnante di sostegno:

Assistente comunale:

Insegnanti di classe (nome e ambito):

**ORARIO DELL’INSEGNANTE DI SOSTEGNO/ASSISTENTE COMUNALE**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Lunedì** | **Martedì** | **Mercoledì** | **Giovedì** | **Venerdì** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **MENSA** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**INTERVENTI ASSISTENZIALI, SOCIO-SANITARI, TERAPEUTICI**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **NOMINATIVO** | **GIORNO E ORA** |
| Centro specializzato |  |  |
| Neuropsichiatra |  |  |
| Psicologo |  |  |
| Logopedista |  |  |
| Psicomotricista |  |  |
| Educatore |  |  |
| Servizi Sociali Territoriali |  |  |
| Educatore domiciliare |  |  |

**EVENTUALI INTERVENTI RIABILITATIVI E/O EDUCATIVI IN ORARIO SCOLASTICO O EXTRASCOLASTICO**

|  |  |
| --- | --- |
| L’alunno fruisce anche di assistenti offerti da altri Enti, oltre all’insegnante di sostegno? | |
| In **orario scolastico: SÌ NO** | Se sì, per n° ………. ore a settimana |
| Ente erogatore del servizio: .............................................. |
| Tipo di intervento: ............................................................. |
| Tempi: ............................................................................... |
| Modalità: ........................................................................... |
| Nominativo/i dell’assistente/i educatore ........................... |
| In **orario extra – scolastico: SÌ NO** | Se si, per n° ………. ore a settimana |
| Ente erogatore del servizio: .............................................. |
| Tipo di intervento: ............................................................. |
| Nominativo/i dell’assistente/ educatore ............................. |

Data, ................................

|  |  |
| --- | --- |
| * **Insegnante di sostegno** | ............................................................................ |
|  |  |
| * **Insegnanti della classe** | ............................................................................ |
|  | ............................................................................ |
|  | ............................................................................ |
|  |  |
| * **I genitori** | ............................................................................ |

1. **RELAZIONE INTERMEDIA**

(desunta dalla scheda di valutazione;

*bisogni rilevati, percorsi attivati e da attivare,*

*competenze e obiettivi raggiunti e da raggiungere)*

\* Da completare alla fine del primo quadrimestre,

allegare al registro elettronico e

stampare una copia per il fascicolo personale dell’alunno

Data, ................................

|  |  |
| --- | --- |
| * **Insegnante di sostegno** | ............................................................................ |
|  |  |
| * **Insegnanti della classe** | ............................................................................ |
|  | ............................................................................ |
|  | ............................................................................ |
|  |  |
|  |  |

1. **RELAZIONE FINALE**

(obiettivi e competenze raggiunti,

punti di forza, attività/metodologie che sono risultate efficaci,

difficoltà didattiche, relazionali o comportamentali incontrate,

ipotesi di intervento per il prossimo anno scolastico)

\*Da completare alla fine del secondo quadrimestre,

allegare al registro elettronico e

stampare una copia per il fascicolo personale dell’alunno

Data, ................................

|  |  |
| --- | --- |
| * **Insegnante di sostegno** | ............................................................................ |
|  |  |
| * **Insegnanti della classe** | ............................................................................ |
|  | ............................................................................ |
|  | ............................................................................ |
|  |  |