

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:

<3

>3

NUMERO DI ALUNNI CON BES NELLA CLASSE

(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 DOCENTE DI SOSTEGNO**

	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	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	▪ 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		

**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

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 h:	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 CAPACITA' E COMPETENZE ACQUISITE:**  
**Per ogni area interessata si definiscano gli obiettivi.**

**AREA DELLE AUTONOMIE**

	Insoddisfacente	Appena soddisfacente	Soddisfacente	Annotazioni
CONTROLLO SFINTERICO				
IGIENE PERSONALE				
ALIMENTAZIONE				

**OBIETTIVI:**

(se necessario specificare se a breve, medio e lungo termine).

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**AREA SENSORIALE-PERCETTIVA**

	Insoddisfacente	Appena soddisfacente	Soddisfacente	Annotazioni
FUNZIONALITA' VISIVA				
FUNZIONALITA' UDITIVA				
FUNZIONALITA' TATTILE				
FUNZIONALITA' OLFATTIVA				
FUNZIONALITA' GUSTATIVA				

**OBIETTIVI:**

(se necessario specificare se a breve, medio e lungo termine).

---

---

---

---

---

**AREA SOCIO-AFFETTIVA-RELAZIONALE**

	Insoddisfacente	Appena soddisfacente	Soddisfacente	Annotazioni
AUTOSTIMA				
RAPPORTO CON I COMPAGNI				
RAPPORTO CON GLI ADULTI				
RISPETTO DELLE REGOLE				
RISPETTO DELLE COSE				
PERCEZIONE DEL SE'				
COLLABORAZIONE				
PARTECIPAZIONE				
AUTOCONTROLLO				
AUTONOMIA SOCIALE				

**OBIETTIVI:**

(se necessario specificare se a breve, medio e lungo termine).

---

---

---

---

**AREA PSICO-MOTORIA-PRASSICA**

	Insoddisfacente	Appena soddisfacente	Soddisfacente	Annotazioni
SCHEMA CORPOREO				
PERCEZIONE				
COORDINAZIONE MOTORIA				
LATERALIZZAZIONE				
COORDINAZIONE OCULO-MANUALE				
ORIENTAMENTO SPAZIO- TEMPORALE				
MOTRICITA' FINE				
MOTRICITA' GLOBALE				

**OBIETTIVI:**

(se necessario specificare se a breve, medio e lungo termine).

---

---

---

---

---

**AREA COMUNICATIVO-LINGUISTICA**

	Insoddisfacente	Appena soddisfacente	Soddisfacente	Annotazioni
ASCOLTO				
COMPRESIONE VERBALE				
COMPRESIONE NON VERBALE				
PRODUZIONE VERBALE				
PRODUZIONE NON VERBALE				
VOCABOLARIO ADEGUATO ALL'ETA'				

**OBIETTIVI:**

(se necessario specificare se a breve, medio e lungo termine).

---



---



---



---



---



---



**AREA LOGICO-MATEMATICA**

	Insoddisfacente	Appena soddisfacente	Soddisfacente	Annotazioni
ACQUISIZIONE CONCETTI TOPOLOGICI				
RICONOSCIMENTO COLORI				
PROCESSI DI SERIAZIONE				
PROCESSI DI CLASSIFICAZIONE				
RISOLUZIONE PROBLEMI				

**OBIETTIVI:**

(se necessario specificare se a breve, medio e lungo termine).

---



---



---



---



---



---



---

**AREA COGNITIVO E NEUROPSICOLOGICA**

	Insoddisfacente	Appena soddisfacente	Soddisfacente	Annotazioni
ATTENZIONE				
MEMORIA				
COMPRESIONE				
ORGANIZZAZIONE SPAZIO- TEMPORALE				

**OBIETTIVI:**

(se necessario specificare se a breve, medio e lungo termine).

**IPOTESI OPERATIVA**

(Metodologie didattiche e tecniche operative)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**RISORSE**

(Spazi, materiali e sussidi didattici)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**MODALITA' DELL'INSERIMENTO**

(Nella sezione, nella classe, nel plesso)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

SCUOLA DELL'INFANZIA



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

<b>Cognome</b>	<b>nome</b>	<b>ruolo</b>	<b>Firma</b>
		docente	
		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