

ISTITUZIONE SCOLASTICA

\_\_\_\_\_ (denominazione scuola)

PLESSO \_\_\_\_\_

**PIANO EDUCATIVO INDIVIDUALIZZATO**

Anno Scolastico \_\_\_\_\_ Classe \_\_\_\_\_ Sez \_\_\_\_\_

Anno Scolastico \_\_\_\_\_ Classe \_\_\_\_\_ Sez \_\_\_\_\_

ALUNNO		
_____	_____	_____
<b>cognome</b>	<b>nome</b>	<b>data di nascita</b>
_____	_____	_____
<b>luogo di nascita</b>	<b>residenza</b>	<b>telefono</b>
_____	_____	_____

NUMERO DI ALUNNI DELLA CLASSE:

NUMERO DI ALUNNI CON BES NELLA CLASSE

<3

>3

(numero inferiore o superiore)

**QUADRO ORARIOCLASSE**

	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>

<b>CARATTERISTICHE FISICHE</b>					
▪ 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 <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

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

ALTRI SOGGETTI COINVOLTI IN INTERVENTI DI CARATTERE RIABILITATIVO	
<b>Nominativo dell'operatore</b>	
<b>Tipologia di intervento</b>	<input type="checkbox"/> logopedico <input type="checkbox"/> fisioterapico <input type="checkbox"/> psicomotorio <input type="checkbox"/> altro (specificare)
<b>Monte ore intervento settimanale</b>	
<b>Sede dell'intervento</b>	
<b>Tempo dell'intervento</b>	<input type="checkbox"/> orario scolastico <input type="checkbox"/> orario extra scolastico



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

<b>1. AREA:COGNITIVA E NEUROPSICOLOGICA</b> (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>

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

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

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

<b>5. AREA:PSICO-MOTORIA-PRASSICA</b> (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>

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

*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*

<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>
-----------------------	----------------------------

SCUOLA SECONDARIA DI 1° GRADO

### **PROPOSTA EDUCATIVA**

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

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

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

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

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

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

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

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

## **MODALITA' DI ATTUAZIONE**

*(anche in riferimento alla classe)*

<b>Modalità operativa</b> (definire come si deve operare per raggiungere gli obiettivi, nella sezione, nella classe, nel plesso):
<b>Strategie e/o tecniche</b> (definire quali si intendono applicare):
<b>Operatori coinvolti</b> (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):
<b>Sussidi e materiali utili a perseguire gli obiettivi</b> (sussidi, strumenti, ausili di tipo didattico, tecnologico, sanitario, riabilitativo, che si intende utilizzare per perseguire gli obiettivi):
<b>Risorse territoriali</b> (indicare le risorse territoriali che possono essere utilizzate per il raggiungimento degli obiettivi):

## **VALUTAZIONE**

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

**Firme per la condivisione del documento**

<b>cognome</b>	<b>nome</b>	<b>ruolo</b>	<b>firma</b>
		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