

PIANO EDUCATIVO PERSONALIZZATO

a favore dell'alunno/a classe / sezione
nato a provincia di il
residente a via
n. telefonico
Scuola e classe di provenienza:

Ore settimanali di sostegno fruito nell'anno scolastico :

Ore settimanali di sostegno assegnate nell'anno scolastico :

ORARIO INSEGNANTI DI SOSTEGNO

	LUNEDI'	MARTEDI'	MERCOLEDI'	GIOVEDI'	VENERDI'

ORARIO ASSISTENTE COMUNALE

	LUNEDI'	MARTEDI'	MERCOLEDI'	GIOVEDI'	VENERDI'

1. QUADRO FAMILIARE

Padre dell'alunno/a

Cognome e nome:

Data di nascita:

Via:

Titolo di studio:

Luogo di residenza:

Tel

Professione:

Madre dell'alunno/a

Cognome e nome.

Data di nascita:

Via:

Titolo di studio:

Luogo di residenza:

Tel

Professione:

Fratelli e sorelle dell'alunno/a

Cognome e nome	Data di nascita	Titolo di studio	Professione

- In famiglia convivono altre persone: ... nonni ... zii ... cugini ... altro
- L'alunno non vive in famiglia ma presso:

2. PROFILO DELL'ALUNNO

ANAMNESI : TIPOLOGIA DELL'HANDICAP

CARATTERISTICHE FISICHE (inserire informazioni utili sullo stato di salute, citando ad esempio: la fonazione, l'armonia stato/ponderale, la presenza di dimorfismi, eventuali compromissioni della funzionalità visiva e/o uditiva, utilizzo di protesi, necessità di ausili tecnici)

Eventuale frequenza dell'alunno in centri specializzati:

Eventuale terapia farmacologica:

L'alunno è seguito dallo psichiatra: dott.

L'alunno è stato/ è seguito dallo psicologo:

L'alunno è seguito dai servizi sociali territoriali:

FUNZIONALITA' PSICOMOTORIA

Buona coordinazione motoria generale: ...

Dominazione laterale: ... destra ... sinistra ... crociata ... non acquisita

Buona motricità fine: ...

Buona coordinazione spazio-temporale: ...

EVENTUALI INTERVENTI RIABILITATIVI IN ORARIO SCOLASTICO

Data degli interventi:

Tempi:

Operatore di riferimento:

Modalità:

Incontri scuola/operatore ai fini del raccordo:

EVENTUALI INTERVENTI RIABILITATIVI IN ORARIO EXTRASCOLASTICO

Data degli interventi:

Tempi:

Operatore di riferimento:

Modalità:

Incontri scuola/operatore ai fini del raccordo:

CARATTERISTICHE COMPORTAMENTALI (inserire informazioni utili sul comportamento quali la gestione dell'emotività, la collaborazione e partecipazione, la dipendenza dall'adulto, la regolarità della frequenza, la motivazione al lavoro scolastico, il grado di impegno e di responsabilità, accettazione delle regole)

PROFILO DIDATTICO

Anno scolastico	Scuola frequentata	Classe	Tipo di frequenza(regolare/irregolare)

DESCRIZIONE DELLA CLASSE (descrivere la situazione generale della classe; presenza di altri alunni in situazione di handicap o in particolari difficoltà; livello di integrazione dell'alunno/a con il gruppo classe e con gli operatori scolastici)

3. ANALISI DELLA SITUAZIONE DI PARTENZA

(Da definire entro i primi due mesi di scuola, è desunta dal profilo dinamico funzionale e/o dalla valutazione finale dell'anno precedente e/o dall'esito delle prove di ingresso)

Autonomia:

Socializzazione:

Comportamento:

Lingua:

Storia:

Geografia:

Matematica:

Motoria:

Area sensoriale – percettiva: (coordinazione visivo – motoria ed uditivo – motoria, discriminazioni sensoriali caldo/freddo, liscio/ruvido, morbido/duro, pesante/leggero, riconoscimento di forme e colori, immagini ed oggetti)

Area psicomotoria: (schema corporeo, orientamento spazio-temporale, coordinazione, lateralizzazione, ecc)

Area linguistico-espressiva: (linguaggi verbali e non verbali)

Area cognitiva: (processi di selezione, attenzione, trasformazione, memoria, astrazione)

Area socio-emotiva: (integrazione, partecipazione, relazione, ecc)

APPENDIMENTO CURRICOLARE E/O OBIETTIVI EDUCATIVI
(Programmazione annuale)

4. ATTIVITA' PROGRAMMATE

Attività di recupero		Visite guidate	
Attività di consolidamento o di potenziamento		Gite scolastiche	
Attività di laboratorio		Uso di strumenti tecnologici	
Attività di classi aperte (per piccoli gruppi)		Attività di carattere formativo, socializzante (specificare): in palestra e nei momenti di attività di gruppo	
Attività all'esterno		Attività di carattere sportivo	

L'alunno fruisce, su richiesta dei genitori, di una riduzione giornaliera di ore di lezione:

.....

Se è sì, in quali giorni:

Di quante ore:

Ingresso alle ore:

Uscita alle ore:

5. RACCORDI CON LA FAMIGLIA E COI SERVIZI EDUCATIVI TERRITORIALI

INTERVENTO EDUCATIVO SCUOLA FAMIGLIA

Familiari di riferimento:

Forme di incontro previste:

INTERVENTI EDUCATIVI TERRITORIALI

L'alunno fruisce anche di assistenti offerti da altri Enti, oltre all'insegnante di sostegno?

In **orario scolastico**:

- Se sì, per n° ore a settimana
- Ente erogatore del servizio:
- Tipo di intervento:
- Tempi:
- Modalità:
- Nominativo/i dell'assistente/i educatore

In orario extrascolastico:

- Se sì, per n° ore a settimana
- Ente erogatore del servizio:
- Tipo di intervento:
- Tempi:
- Modalità:
- Nominativo/i dell'assistente/i educatore

Data,

➤ **Il Dirigente scolastico**

➤ **Insegnanti della classe**

➤ **Insegnante di sostegno**

➤ **I genitori**