



**ISTITUTO COMPRENSIVO "NINONAVARRA"**  
**Infanzia, Primaria, Secondaria di I° Grado**  
*Via Kennedy,1 Tel.0924.21674 Fax 514365 - 91011 ALCAMO*

# P.E.I.

## **PIANO EDUCATIVO INDIVIDUALIZZATO**

(Legge 5 febbraio 1992, n 104 art. .3 comma 1 comma 3 e art. 12,

D.P.R. 24/2/1994, AI SENSI DELL' ART. 15 DELL' OM. n° 90/01,

ai sensi del Decreto Legge 31-05-2010 art. 10 comm.5 e altre modifiche ed integrazioni

ALUNNO/A:

SEZIONE:

Anno scolastico \_\_\_\_\_

[N.B. Il presente documento vincola al segreto professionale chiunque ne venga a conoscenza (art. 622 C.P.). Esso va conservato all'interno del Fascicolo personale dell'alunno, con facoltà di visione da parte degli operatori che si occupano dello stesso]

L'integrazione scolastica ha come obiettivo lo "sviluppo delle potenzialità della persona handicappata nell'apprendimento, nella comunicazione, nelle relazioni e nella socializzazione. L'esercizio del diritto all'educazione e all'istruzione non può essere impedito da difficoltà di apprendimento né da altre difficoltà derivanti dalle disabilità connesse all'handicap" (L. 104/92, art. 12, commi 3 e 4).

COGNOME.	NOME		
DATA DI NASCITA	LUOGO		
RESIDENTE A	VIA.	N.	.Tel.....
DIAGNOSI CLINICA: Consultabile presso l'ufficio di presidenza della scuola da parte degli operatori che si occupano del caso.			

**SINTESI DIAGNOSI CLINICA, CODICE ICD-10 E INDICE DI GRAVITA':**

.....

ART. 3 COMMA 1

ART.3 COMMA 3

TIPOLOGIA DISABILITA'

CH (Visiva)

DH(Uditiva)

EH (Psicofisica)

N.B. Tutta la documentazione è consultabile presso l'ufficio di presidenza della scuola nel fascicolo personale.

NUMERO ALUNNI DELLA : SEZIONE	n.
NUMERO ALUNNI CON B.E.S. NELLA SEZIONE	n. _____ di cui n.     disabili

## CURRICULUM SCOLASTICO

ANNO SCOLASTICO	SCUOLA (indicare ordine es. infanzia e Istituto frequentato)	SEZ.

*N.B. Inserire l'intero curriculum scolastico.*

## DOCUMENTI SPECIALISTICI

LA SCUOLA E' IN POSSESSO DELLA CERTIFICAZIONE MEDICA	SI	NO	Data Rilascio:
VERBALE DI ACCERTAMENTO	SI	NO	Data Scadenza:
DIAGNOSI CLINICA E FUNZIONALE	SI	NO	Data Revisione:
PROFILO DINAMICO FUNZIONALE	SI	NO	Data Revisione:
PEI ANNO SCOLASTICO PRECEDENTE	SI	NO	
RICHIESTA SOSTEGNO E LIBERATORIA PRIVACY	SI	NO	
ALTRI DOCUMENTI: _____ _____ _____	SI	NO	

## INTERVENTI SOCIO-EDUCATIVI

### *SERVIZIO E INTERVENTI DI SUPPORTO INTEGRATI CON ENTE PREPOSTO*

<b>INTERVENTI RIABILITATIVI</b>	SI	NO
SE SI QUALI?		
IN ORARIO SCOLASTICO	SI	NO
<i>Se SI allegare quadro orario del centro di riabilitazione nello schema inserito nelle pagine successive</i>		
NOMINATIVO DELL'OPERATORE	Logopedista:	Psicomotricista:
TIPOLOGIA DELL'INTERVENTO	<input type="checkbox"/> logopedico <input type="checkbox"/> fisioterapico <input type="checkbox"/> psicomotorio <input type="checkbox"/> altro (specificare) _____	
MONTE ORE SETTIMANALE		

<b>TRASPORTO SPECIFICO</b>	SI	NO
----------------------------	----	----

<b>TRATTAMENTI FARMACOLOGICI</b>	SI	NO
SE SI QUALI?		

<b>TRATTAMENTI FARMACOLOGICI IN ORARIO SCOLASTICO</b>	SI	NO
SE SI QUALI?		

<b>OPERATORI COINVOLTI NELL'ATTUAZIONE DEGLI INTERVENTI</b>	SI	NO
<input type="checkbox"/> EDUCATORE <input type="checkbox"/> ASSISTENTE IGIENICO-PERSONALE <input type="checkbox"/> ASSISTENTE ALLA COMUNICAZIONE (disabilità sensoriale) <input type="checkbox"/> ASSISTENTE ALL'AUTONOMIA COMUNICAZIONE (disabilità psichica) <input type="checkbox"/> ALTRO (specificare) _____ <input type="checkbox"/> ALTRO (specificare) _____		
Se SI indicare il nome e cognome		
<b>IN ORARIO SCOLASTICO</b>	SI	NO
Monte ore settimanale		
<i>Inserire il quadro orario nello schema indicato successivamente</i>		
<b>EDUCATORE DOMICILIARE</b>	SI	NO
Nome e Cognome		
Monte ore settimanale		

<b>ATTIVITA' SCOLASTICHE POMERIDIANE</b>	SI	NO
SE SI QUALI?		

<b>ATTIVITA' EXTRASCOLASTICHE</b>	SI	NO
SE SI QUALI?	<input type="checkbox"/> gruppo sportivo <input type="checkbox"/> centri di aggregazione <input type="checkbox"/> centro diurno <input type="checkbox"/> altro	
DOVE?		
NOMI OPERATORE DI RIFERIMENTO		
Monte ore settimanale		

<b>QUADRO FAMILIARE</b>				
Grado di parentela	Nome Cognome	Età	Studi Compiuti	Professione
L'alunno vive in famiglia	SI	NO		
Indicare dove vive:	<input type="checkbox"/> Convitto <input type="checkbox"/> Semi convitto <input type="checkbox"/> Affidato <input type="checkbox"/> Adozione <input type="checkbox"/> Comunità			

	Specificare la struttura che lo accoglie: _____
Nome Figura di Riferimento	Entrambi genitori

<b>CARATTERISTICHE COMPORTAMENTALI</b>					
<input type="checkbox"/> Aggressività	SI	NO	<input type="checkbox"/> Dipendenza	SI	NO
<input type="checkbox"/> Partecipazione	SI	NO	<input type="checkbox"/> Accettazione delle regole	SI	NO
<input type="checkbox"/> Eventuali altre osservazioni o descrizione sintetica:					
<b>STRATEGIE PER L'EMERGENZA</b>					
<i>In presenza di crisi momentanee dell'alunno (determinate da fattori legati alla specifica disabilità e/o alle esperienze scolastiche ed extrascolastiche o dell'assenza di figure di riferimento, ecc.) descrivere le caratteristiche dell'emergenza e le strategie adottate per superarla.</i>					
.					
_____					
_____					

**Ai sensi del Decreto Legge 31-05-2010 art. 10 comm.5, sono state assegnate le seguenti risorse per l'anno scolastico corrente:**

- Numero di ore di sostegno:
- Numero di ore di servizio di assistenza all'autonomia/comunicazione (disabilità psichica)....
- Numero di ore di servizio di assistenza alla comunicazione (disabilità sensoriale) .....
- Servizio di assistenza igienico personale
- Altri operatori coinvolti nell'attuazione degli interventi (specificare)  
\_\_\_\_\_
- Servizio di trasporto.

### QUADRO ORARIO SEZIONE

	LUNEDI	MARTEDI	MERCOLEDI	GIOVEDI	VENERDI	SABATO
1^ ora						
2^ ora						
3^ ora						
4^ ora						
5^ ora						
6^ ora						
7^ ora						
8^ ora						

### QUADRO ORARIO DOCENTE DI SOSTEGNO E ASSISTENTE ALLA COMUNICAZIONE E/O AUTONOMIA E/O EDUCATORE O ALTRO

	LUNEDI	MARTEDI	MERCOLEDI	GIOVEDI	VENERDI	SABATO
1^ ora						
2^ ora						
3^ ora						
4^ ora						
5^ ora						
6^ ora						
7^ ora						
8^ ora						

**N.B.** INSERIRE L'ASTERISCO\* PER INDICARE LA PRESENZA DELL'ASSISTENTE E SPECIFICARE LA TIPOLOGIA:

### QUADRO ORARIO TERAPIE RIABILITATIVE IN ORARIO SCOLASTICO

	LUNEDI	MARTEDI	MERCOLEDI	GIOVEDI	VENERDI	SABATO
1^ ora						
2^ ora						
3^ ora						
4^ ora						
5^ ora						
6^ ora						
7^ ora						
8^ ora						

## ANALISI DELLA SITUAZIONE DI PARTENZA

Indicare i livelli di competenza raggiunti e le difficoltà. Descrivere i punti di Forza, i punti di Criticità ed i Bisogni Formativi dell'alunno

### AMBITO COGNITIVO E NEUROPSICOLOGICO

<p><i>LIVELLO DI SVILUPPO COGNITIVO</i></p>	<input type="checkbox"/> senso motorio <input type="checkbox"/> preoperatorio <input type="checkbox"/> operazioni concrete <input type="checkbox"/> operazioni formali	<p>PUNTI DI FORZA</p>	<p>PUNTI DI CRITICITA'</p>	<p>BISOGNI FORMATIVI</p>
<p><i>STRATEGIE ADOTTATE DALL'ALUNNO</i></p>	<input type="checkbox"/> Intuitiva (esplorativa e manipolativa) <input type="checkbox"/> Semilogica (rappresentativo-simbolica) <input type="checkbox"/> Logica (reversibilità) <input type="checkbox"/> Ipotetico-deduttiva	<p>PUNTI DI FORZA</p>	<p>PUNTI DI CRITICITA'</p>	<p>BISOGNI FORMATIVI</p>
<p><i>MODALITA' DI INTEGRAZIONE DELLE COMPETENZE</i></p>	<input type="checkbox"/> Schema motorio-percettivo <input type="checkbox"/> Schema simbolico <input type="checkbox"/> Schema logico <input type="checkbox"/> Schema sensoriale: 1) vista 2) udito	<p>PUNTI DI FORZA</p>	<p>PUNTI DI CRITICITA'</p>	<p>BISOGNI FORMATIVI</p>

<i>MEMORIA</i>	<input type="checkbox"/> Breve termine <input type="checkbox"/> Lungo termine <input type="checkbox"/> Visiva <input type="checkbox"/> Uditiva <input type="checkbox"/> Rievocativa	PUNTI DI FORZA	PUNTI DI CRITICITA'	BISOGNI FORMATIVI
<i>ATTENZIONE</i>	<input type="checkbox"/> Labile <input type="checkbox"/> Discontinua <input type="checkbox"/> Se motivato <input type="checkbox"/> Se stimolato	PUNTI DI FORZA	PUNTI DI CRITICITA'	BISOGNI FORMATIVI

### ***AMBITO LINGUISTICO- ESPRESSIVO***

<i>COMPRESIONE</i>	<input type="checkbox"/> Messaggi verbali semplici <input type="checkbox"/> Messaggi verbali complessi <input type="checkbox"/> Testi scritti semplici <input type="checkbox"/> Testi scritti complessi	PUNTI DI FORZA	PUNTI DI CRITICITA'	BISOGNI FORMATIVI
<i>PRODUZIONE</i>	<input type="checkbox"/> ORALE: 1)dislalia 2)disartria 3)parola frase 4)lettura  <input type="checkbox"/> SCRITTA	PUNTI DI FORZA	PUNTI DI CRITICITA'	BISOGNI FORMATIVI
<i>USO DI LINGUAGGI ALTERNATIVI E/O INCLUSIVI</i>	<input type="checkbox"/> Mimico -gestuale <input type="checkbox"/> Grafico-pittorico <input type="checkbox"/> Musicale <input type="checkbox"/> Dialettale <input type="checkbox"/> altro	PUNTI DI FORZA	PUNTI DI CRITICITA'	BISOGNI FORMATIVI



**AMBITO LOGICO- MATEMATICO**

<b>COMPRESIONE</b>	<input type="checkbox"/> forme <input type="checkbox"/> colori <input type="checkbox"/> topologia <input type="checkbox"/> classificazione <input type="checkbox"/> seriazione <input type="checkbox"/> quantità <input type="checkbox"/> numeri da..a... <input type="checkbox"/> tabelline	PUNTI DI FORZA	PUNTI DI CRITICITA'	BISOGNI FORMATIVI
<b>PRODUZIONE</b>	<input type="checkbox"/> forme <input type="checkbox"/> colori <input type="checkbox"/> topologia <input type="checkbox"/> classificazione <input type="checkbox"/> seriazione <input type="checkbox"/> quantità <input type="checkbox"/> numeri da..a.. <input type="checkbox"/> tabelline <input type="checkbox"/> calcolo <input type="checkbox"/> soluzione di problemi	PUNTI DI FORZA	PUNTI DI CRITICITA'	BISOGNI FORMATIVI

**AMBITO MOTORIO PRASSICO**

<b>MOTRICITA' GLOBALE</b>	<input type="checkbox"/> Stazione eretta <input type="checkbox"/> Deambulazione <input type="checkbox"/> Coordinazione dinamica generale	PUNTI DI FORZA	PUNTI DI CRITICITA'	BISOGNI FORMATIVI
<b>MOTRICITA' FINE</b>	<input type="checkbox"/> Coordinazione oculo manuali <input type="checkbox"/> Prassie semplici <input type="checkbox"/> Prassie complesse	PUNTI DI FORZA	PUNTI DI CRITICITA' Da	BISOGNI FORMATIVI

**AMBITO SENSORIALE E PERCETTIVO**

<i>FUNZIONALITA' VISIVA</i>	<input type="checkbox"/> Nella norma <input type="checkbox"/> uso di protesi	PUNTI DI FORZA	PUNTI DI CRITICITA'	BISOGNI FORMATIVI
<i>FUNZIONALITA' Uditiva</i>	<input type="checkbox"/> nella norma <input type="checkbox"/> uso di protesi	PUNTI DI FORZA	PUNTI DI CRITICITA'	BISOGNI FORMATIVI

**AMBITO STORICO -GEOGRAFICO**

<i>ORGANIZZAZIONE SPAZIO - TEMPORALE</i>	<input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Assente	PUNTI DI FORZA	PUNTI DI CRITICITA'	BISOGNI FORMATIVI
<i>SEQUENZIALITA' DEGLI EVENTI</i>	<input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Assente	PUNTI DI FORZA	PUNTI DI CRITICITA'	BISOGNI FORMATIVI

**AMBITO DELL'AUTONOMIA**

<i>PERSONALE</i>	<input type="checkbox"/> alimentazione <input type="checkbox"/> servizi igienici <input type="checkbox"/> stereotipie <input type="checkbox"/> malori ricorrenti	PUNTI DI FORZA	PUNTI DI CRITICITA'	BISOGNI FORMATIVI
<i>SCOLASTICA</i>	<input type="checkbox"/> orientamento negli spazi <input type="checkbox"/> uso di strumenti <input type="checkbox"/> uso di software	PUNTI DI FORZA	PUNTI DI CRITICITA'	BISOGNI FORMATIVI

## ***AMBITO AFFETTIVO RELAZIONALE***

<b><i>AUTOSTIMA EMOTIVITA' UMORE</i></b>	<input type="checkbox"/> Insicurezza <input type="checkbox"/> Inibizione <input type="checkbox"/> Isolamento <input type="checkbox"/> Tolleranza alle Frustrazioni <input type="checkbox"/> Angosciato <input type="checkbox"/> Aggressivo	PUNTI DI FORZA	PUNTI DI CRITICITA'	BISOGNI FORMATIVI
<b><i>MOTIVAZIONE</i></b>	<input type="checkbox"/> Interessi in ambito scolastico <input type="checkbox"/> Interessi in ambito extrascolastico	PUNTI DI FORZA	PUNTI DI CRITICITA'	BISOGNI FORMATIVI
<b><i>PARTECIPAZIONE</i></b>	<input type="checkbox"/> Attiva <input type="checkbox"/> Gregaria <input type="checkbox"/> Passiva <input type="checkbox"/> Spontanea	PUNTI DI FORZA	PUNTI DI CRITICITA'	BISOGNI FORMATIVI
<b><i>RELAZIONE INTERPERSONALE</i></b>	<input type="checkbox"/> Relazione con I coetanei <input type="checkbox"/> Relazione con adulti	PUNTI DI FORZA	PUNTI DI CRITICITA'	BISOGNI FORMATIVI
<b><i>INTEGRAZIONE / INCLUSIONE</i></b>	<input type="checkbox"/>	PUNTI DI FORZA	PUNTI DI CRITICITA'	BISOGNI FORMATIVI

# PROGETTO EDUCATIVO PERSONALIZZATO

## Bisogni formativi dell'alunna

I bisogni formativi dell'alunno/a sono;

<b><i>PROGRAMMAZIONE DIDATTICA</i></b>
--

In considerazione della situazione dell'alunno, il Consiglio di Sezione decide di adottare una programmazione (indicare con chiarezza quale):
---

<input type="checkbox"/> Personalizzata
---

<input type="checkbox"/> Per obiettivi minimi
---

<input type="checkbox"/> Per obiettivi minimi ma personalizzata per tutte le aree.
--

Attività settimanali laboratoriali anche a classi aperte (specificare: obiettivi, modalità, attività, luogo, orario e numero di ore)

.....

.....

.....

.....

**AREA COGNITIVA E NEUROPSICOLOGICA** (Campo di esperienza: IL SE' E L'ALTRO – I DISCORSI E LE PAROLE...)

*Traguardi formativi per lo sviluppo delle competenze:*

*Obiettivi apprendimento:*

*Contenuti e Attività:*

**AREA PERCETTIVO – SENSORIALE** (Campo di esperienza: IMMAGINI, SUONI E COLORI - IL SE' E L'ALTRO...)

*Traguardi formativi per lo sviluppo delle competenze:*

*Obiettivi apprendimento:*

*Contenuti e Attività:*

**AREA DELLE AUTONOMIE** (Campo di esperienza: IL CORPO E IL MOVIMENTO – IL SE' E L'ALTRO...)

*Traguardi formativi per lo sviluppo delle competenze:*

*Obiettivi apprendimento:*

*Contenuti e Attività:*

**AREA AFFETTIVO RELAZIONALE** (Campo di esperienza: LA CONOSCENZA DEL MONDO – IL SE' E L'ALTRO...)

<b><i>Traguardi formativi per lo sviluppo delle competenze:</i></b>
<b><i>Obiettivi apprendimento:</i></b>
<b><i>Contenuti e Attività:</i></b>

<input type="checkbox"/> <b>AREA LINGUISTICO – ESPRESSIVA</b> (CAMPO DI ESPERIENZA: I DISCORSI E LE PAROLE – IL SE’ E L’ALTRO...)
<b><i>Traguardi formativi per lo sviluppo delle competenze:</i></b>
<b><i>Obiettivi apprendimento:</i></b> -
<b><i>Contenuti e Attività:</i></b>

<input type="checkbox"/> <b>AREA LOGICO- MATEMATICA</b> (Campo di esperienza: LA CONOSCENZA DEL MONDO...)
<b><i>Traguardi formativi per lo sviluppo delle competenze:</i></b>
<b><i>Obiettivi apprendimento:</i></b> -
<b><i>Contenuti e Attività:</i></b>

<input type="checkbox"/> <b>AREA MOTORIO – PRASSICA</b> (Campo di esperienza: IL CORPO E IL MOVIMENTO – IL SE’ E L’ALTRO...)
--

***Traguardi formativi per lo sviluppo delle competenze:***

***Obiettivi apprendimento:***

***Contenuti e Attività:***

**AREA STORICO – GEOGRAFICA** (Campo di esperienza: LA CONOSCENZA DEL MONDO...)

***Traguardi formativi per lo sviluppo delle competenze:***

***Obiettivi apprendimento:***

***Contenuti e Attività:***

# INDIRIZZI OPERATIVI

## METODOLOGIE E STRATEGIE

## STRUMENTI

## VERIFICHE

## VALUTAZIONE



PROPOSTA DI ATTIVAZIONE DELLE ORE DI SOSTEGNO – ASSISTENZA ALLA  
COMUNICAZIONE – ASSISTENZA AUTONOMIA – ASSISTENZA IGIENICO PERSONALE  
E ALTRI SERVIZI

**SULLA BASE DELLE DETERMINAZIONI DEL G.L.I. IN RELAZIONE AL PRESENTE  
P.E.I. PER L'ANNO SCOLASTICO IN CORSO E PER IL SUCCESSIVO 2021/ 2022  
L'ALUNNO /A NECESSITA DI:**

- Numero di ore di sostegno:
- Numero di ore di servizio di assistenza all'autonomia e alla comunicazione (disabilità psichica).....
- Numero di ore di servizio di assistenza alla comunicazione (disabilità sensoriale)\_\_\_\_\_
- Servizio di assistenza igienico personale
- Altre figure richieste(specificare)\_\_\_\_\_
- n° ore richieste\_\_\_\_\_
- X Servizio di trasporto
- Ausili ..... (specificare quali)

*Il presente Piano Educativo Individualizzato potrà subire modifiche, durante l'a.s. in un qualunque momento se ne ravvisi la necessità.*

