



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

CLASSE /SEZIONE

Anno scolastico 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 CLASSE:	n. _____
NUMERO ALUNNI CON B.E.S. NELLA CLASSE	n. _____ di cui n. _____ disabili

CURRICULUM SCOLASTICO

ANNO SCOLASTICO	SCUOLA(indicare ordine es. infanzia e Istituto frequentato)	CLASSE / SEZ.
2019/2020		
2018/19		
2017/18		
2016/17		
2015/16		

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

INTERVENTI RIABILITATIVI	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		
TIPOLOGIA DELL'INTERVENTO	<input type="checkbox"/> logopedico <input type="checkbox"/> fisioterapico <input type="checkbox"/> psicomotorio <input type="checkbox"/> altro (specificare) _____	
MONTE ORE SETTIMANALE		

TRASPORTO SPECIFICO	SI	NO
----------------------------	----	----

TRATTAMENTI FARMACOLOGICI	SI	NO
SE SI QUALI?		
TRATTAMENTI FARMACOLOGICI IN ORARIO SCOLASTICO	SI	NO
SE SI QUALI?		

OPERATORI COINVOLTI NELL'ATTUAZIONE DEGLI INTERVENTI	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 _____		
IN ORARIO SCOLASTICO	SI	NO
Monte ore settimanale <i>Inserire il quadro orario nello schema indicato successivamente</i>		
EDUCATORE DOMICILIARE	SI	NO
Nome e Cognome		
Monte ore settimanale		

ATTIVITA' SCOLASTICHE POMERIDIANE	SI	NO
SE SI QUALI?		

ATTIVITA' EXTRASCOLASTICHE	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		

QUADRO FAMILIARE				
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"/> Affidò <input type="checkbox"/> Adozione <input type="checkbox"/> Comunità Specificare la struttura che lo accoglie: _____		
Nome Figura di Riferimento				

CARATTERISTICHE COMPORTAMENTALI					
<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 : 					
STRATEGIE PER L'EMERGENZA					
<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 CLASSE/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

<i>COMPRESIONE</i>	<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
<i>PRODUZIONE</i>	<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

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

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

PROGETTO EDUCATIVO PERSONALIZZATO

Bisogni formativi dell'alunno

—

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

PROGRAMMAZIONE DIDATTICA
In considerazione della situazione dell'alunno, il Consiglio di Classe 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 le seguenti discipline:

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

.....

.....

.....

.....

AREA COGNITIVA E NEUROPSICOLOGICA

Traguardi formativi per lo sviluppo delle competenze:

Obiettivi apprendimento:

Contenuti e Attività:

AREA PERCETTIVO - SENSORIALE

Traguardi formativi per lo sviluppo delle competenze:

Obiettivi apprendimento:

Contenuti e Attività:

AREA DELLE AUTONOMIE

Traguardi formativi per lo sviluppo delle competenze:

Obiettivi apprendimento:

Contenuti e Attività:

Attività curriculari ed extracurriculari.

AREA AFFETTIVO RELAZIONALE

Traguardi formativi per lo sviluppo delle competenze:

-

Obiettivi apprendimento:

-

Contenuti e Attività:

AREA LINGUISTICO - ESPRESSIVA

Traguardi formativi per lo sviluppo delle competenze:

Obiettivi apprendimento:

Contenuti e Attività:

AREA LOGICO- MATEMATICA

Traguardi formativi per lo sviluppo delle competenze:

Obiettivi apprendimento:

Contenuti e Attività:

AREA MOTORIO - PRASSICA

Traguardi formativi per lo sviluppo delle competenze:

Obiettivi apprendimento:

Contenuti e Attività:

AREA STORICO - GEOGRAFICA

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_____
- 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.

<i>RUOLO DOCENTE</i>	<i>COGNOME NOME</i>	<i>FIRMA</i>
Italiano		
Storia/geografia		
Matematica e scienze		
Inglese		
Francese		
Musica		
Arte		
Tecnologia		
Scienze motorie		
Religione		
Doc. insegnamento alternativo religione cattolica		
Docente sviluppo competenze linguistiche		
Docente sviluppo competenze matematiche		
Docente di Sostegno		
Funzione Strumentale Inclusione		
Madre /Tutore		
Padre / Tutore		
Educatore / Assistente		
Referente Centro di assistenza(in caso di inserimento in strutture)		
Referente centro riabilitazione		
Referente A.S.P.		

Il Dirigente Scolastico
(Prof.re Giacomo Raspanti)