

UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER LA CALABRIA

ISTITUTO COMPRENSIVO 3° CIRCOLO - DE AMICIS

Scuola dell’infanzia, primaria, secondaria di 1° grado.

Via F. ZODA, 6 – VIBO VALENTIA Tel. 0963 42121 – Fax 0963 471989 Codice fiscale 96013690795

E MAIL [VVIC82800C@ISTRUZIONE.IT](mailto:VVIC82800C@ISTRUZIONE.IT)

**PIANO EDUCATIVO INDIVIDUALIZZATO**

(ART. 12 LEGGE 104/92 – ART. 5 D. P. R. 24/02/1994)

**Alunna/o: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (EH, rapp. \_\_\_\_\_\_)**

**Genitori dell’alunno:**

**Insegnante di sostegno: prof.**

**Insegnante referente: prof.**

**Specialisti dell’Unità Multidisciplinare ASP n° 8 di Vibo Valentia:**

**Neuropsichiatra:**

**Psicologa:**

**Assistente Sociale:**

**Anno Scolastico**

**Gruppo di lavoro**

Dirigente Scolastico dott.

Insegnante di sostegno prof.

Pedagogista dott.

Assistente Sociale dott.ssa

**Insegnanti di classe**

Religione

Italiano - Storia

Geografia

Scienze Matematiche, Fisiche, Chimiche e Naturali

Inglese

Tedesco

Tecnologia

Arte e immagine

Musica

Scienze Motorie

Approfondimento (Italiano)

Sostegno

**Orario di sostegno e di classe**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Orario | *Lunedì* | *Martedì* | *Mercoledì* | *Giovedì* | *Venerdì* | *Sabato* |
| 08:20 - 09:20 |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Evidenziare in grassetto le ore di presenza dell’insegnante di sostegno

**FOGLIO NOTIZIE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome e cognome** |  |
| **Data di nascita** |  |
| **Luogo di nascita** |  |
| **Domicilio e Residenza** |  |

|  |
| --- |
| **Famiglia** |
| Padre:  Madre:  Figli: |

**Dati relativi all’attuale scolarizzazione**

|  |
| --- |
| **Scuola e classe di attuale frequenza** |
|  |

**Dati relativi alla precedente scolarizzazione**

|  |
| --- |
| Ha frequentato la scuola dell’Infanzia?    \_\_\_\_ Dove:  Con insegnante di sostegno:   \_\_\_\_  Scuola Primaria di frequenza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Con insegnante di sostegno:    \_\_\_\_  Specificare eventuale ripetenza: \_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **Rapporto orario insegnante di sostegno/alunno** |
| Numero complessivo di ore: rapporto \_\_\_\_\_ per numero complessivo di ore \_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **La scuola è in possesso di Diagnosi Funzionale:** Si/No       (data:\_\_\_\_\_\_\_\_)  **La scuola è in possesso del Profilo Dinamico Funzionale:** Si/No       (data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)  **La scuola è in possesso di certificazione medica specialistica:** SI**/** NO  **La scuola è in possesso di decreto per l’accertamento dell’handicap Legge 104/92** art. 3 comma 3  (scadenza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)   SI/ NO  **La scuola è in possesso di decreto ai sensi del DPCM 185/06** comma 3 (scadenza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) |

**ANAMNESI**

|  |
| --- |
| **TIPOLOGIA DELL’HANDICAP**  **Diagnosi:**  Alunna – Deambulante ………………………………….. .SI/NO                 Deambulante con appoggio …….…………..…. SI/NO                 Vedente …………………………………………SI/NO                 Udente …………………………………………..SI/NO  Utilizzo di ausili e/o protesi ……………………………...SI/NO  Necessita di assistenza (Educatrice)  ……………………...SI/NO In presenza/assenza dell’insegnante di sostegno  Vengono somministrati farmaci a scuola …………………SI/NO |

**TIPOLOGIA DI INTERVENTO**

|  |
| --- |
| Necessita dell’abbattimento delle barriere:   SI/ NO |
| Necessita di trasporto specializzato:   SI/NO |
| Necessita di assistente alla persona:   SI/NO A scuola /   A casa  Specificare la tipologia dell’assistenza:  Necessita di assistente alla comunicazione:  SI/ NO durata: |

**INTERVENTI ABILITATIVI/RIABILITATIVI**

|  |
| --- |
| **Interventi abilitativi/riabilitativi in orario scolastico:   SI/**NO  **Interventi abilitativi/riabilitativi in orario extrascolastico:  SI/**NO |

Il progetto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**RISORSE DELLA SCUOLA**

|  |
| --- |
| La classe è formata da \_\_\_\_\_ alunni, suddivisi in \_\_ femmine e \_\_\_ maschi.  Presenza di alunni stranieri:   SI/NO  La classe è ubicata al piano terra:   SI/NO  La classe è ubicata al primo piano:   SI/NO  La classe è ubicata al secondo piano:  SI/ NO  Attività di compresenza:   SI/NO  Attività di laboratorio:   SI/NO Quali: \_\_\_\_  Palestra interna:   SI/NO       Palestra esterna: SI/ NO  Progetti:    SI/NO     Quali: …………………………………………………………………………….. |

**CONOSCENZA DELL’ALUNNO**

Breve relazione sul contesto classe.

PROFILO DELL’ALUNNO/A

|  |  |
| --- | --- |
| PUNTI DI FORZA |  |
| PUNTI DI DEBOLEZZA |  |
| OBIETTIVI D’ INTERVENTO |  |
| CONDIZIONE FISICA |  |
| COMPORTAMENTI PROBLEMA |  |

FUNZIONI MENTALI SPECIFICHE:

* FUNZIONI COGNITIVE
* FUNZIONI ATTENTIVE
* FUNZIONI DEL LINGUAGGIO E DEL CALCOLO
* FUNZIONI PERCETTIVE

ATTIVITA’ PERSONALI(l’attività personale è la capacità di eseguire un compito da parte dell’alunno)

* APPRENDIMENTO E APPLICAZIONE DELLE CONOSCENZE
* COMPITI E RICHIESTE GENERALI
* COMUNICAZIONE
* PRASSIE E MOBILITA’
* CURA DELLA PROPRIA PERSONA
* VITA DOMESTICA

PARTECIPAZIONE ALLA VITA SOCIALE (la partecipazione sociale è il coinvolgimento attivo in una

situazione di vita Integrata):

* VITA SOCIALE ,CIVILE E DI COMUNITA’
* ABILITA’ D’ AUTONOMIA SOCIALE
* INTERAZIONI INTERPERSONALI E QUALITA’ DELL’INTEGRAZIONE
* PROGETTO DI VITA

FATTORI CONTESTUALI ED AMBIENTALI (i fattori contestuali-ambientali si riferiscono all’ambiente fisico e sociale in cui l’alunno vive):

* PRODOTTI E TECNOLOGIA (prodotti strumenti, apparecchiatura o tecnologie adatte o progettate

Appositamente per migliorare la qualità della vita)

* AMBIENTE SCOLASTICO (elementi dell’ambiente con cui l’alunno interagisce quotidianamente e

che possono costituire una barriera o un facilitatore per l’esecuzione di un compito)

* RELAZIONI E SOSTEGNO SOCIALE (persone che forniscono sostegno concreto fisico o emotivo).

**STRUTTURA DEL PIANO DI LAVORO**

(Descrivere le attività che l’alunno riesce a svolgere autonomamente basandosi sulle osservazioni

preliminari. Indicare quali sono le difficoltà prevalenti o gli obiettivi didattici e formativi che si

intendono perseguire. Infine, elencare le modalità di verifica e valutazione del percorso dell’alunno)

* **DISCIPLINE O AMBITI DISCIPLINARI D’ INTERVENTO**
* **FINALITA’ EDUCATIVE**
* **COMPETENZE DA SVILUPPARE**
* **CONTENUTI SPECIFICI**
* **METODOLOGIE D’ INTERVENTO**
* **AUSILI**
* **MODALITA’ DI VERIFICA E VALUTAZIONE DEGLI INTERVENTI**
* **EVENTUALI MODIFICHE AL PIANO DI LAVORO**

**INCONTRI CONGIUNTI PROGRAMMATI**

|  |  |
| --- | --- |
| TIPO D’INCONTRO  DATA……………..    TIPO D’INCONTRO  DATA……………..    TIPO D’INCONTRO  DATA……………..    TIPO D’INCONTRO  DATA…………….. | PARTECIPANTI………………………………………………………  …………………………………………………………………………….  ……………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………..    …………………………………………………………………………..  …………………………………………………………………………..  …………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………….    ……………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………..  …………………………………………………………………………..  ………………………………………………………………………….    …………………………………………………………………………….  ……………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………. |

**Luogo e Data**

**Il Dirigente Scolastico**

**…………………………………**

**La Psicologa**

**…………………………………**

**L’Assistente Sociale**

**…………………………………**

**Il Pedagogista**

**…………………………………**

**I Genitori dell’alunna/o**

**…………………………………**

**…………………………………**

**Il docente di sostegno della classe**

**………………………………….**