



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE,
DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA

**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

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:

Pedagogista:

Anno scolastico

Gruppo di lavoro

Prof.	_____	Dirigente Scolastico
Prof.	_____	Insegnante di sostegno
Dott.ssa	_____	Psicologa
Dott.ssa	_____	Assistente Sociale
Dott.	_____	Pedagogista

Insegnanti di classe

Italiano
Storia e Geografia
Scienze Matematiche, Fisiche, Chimiche e Naturali
Inglese
Francese
Tecnologia
Arte e immagine
Musica
Scienze Motorie
Religione
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'alunna/o

Breve relazione iniziale dell'alunna/o e del contesto classe.

Programmazione educativa e didattica

Specificare se la programmazione sarà per aree disciplinari o per obiettivi minimi delle singole discipline.

Luogo e Data

Il Dirigente Scolastico

.....

La Psicologa

.....

L'Assistente Sociale

.....

Il Pedagogista

.....

I Genitori dell'alunna/o

.....

.....

Il docente di sostegno della classe

.....