

**ISTITUTO STATALE  
COMPRENSIVO  
“BARTOLOMEO LORENZI”**

VIA PIO BRUGNOLI, 36 37022 FUMANE (VR)

Tel. 045 7701272/ 7701257 Fax. 045 6801405

**SCUOLA .....**

**DI .....**

**PEI**

(L. 104/’92 art. 12 )

# Piano Educativo Individualizzato

Alunno/a: \_\_\_\_\_

classe: \_\_\_\_\_

insegnante di sostegno: \_\_\_\_\_

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

## **INDICE**

### **Prima Parte**

#### **ANALISI DELLA SITUAZIONE**

Dati generali relativi all'alunno

Dati generali relativi all'equipe scolastica e specialistica

Dati scolastici generali

Sintesi conoscitiva dell'alunno

### **Seconda Parte**

#### **PROGRAMMAZIONE DEGLI INTERVENTI**

Orario

Caratterizzazione della programmazione

Programmazione degli interventi

Metodologia, strumenti e materiali

### **Terza Parte**

#### **Valutazione**

Osservazioni sistematiche

Valutazioni

Relazione finale

#### **Incontri**

Incontri con i familiari

Incontri con specialisti

#### **Firma dei docenti**

## **Prima Parte**

### **ANALISI DELLA SITUAZIONE**

#### **DATI GENERALI RELATIVI ALL'ALUNNO/A**

Alunno/ a	nato/a a: il :
padre :	professione / titolo di studio
madre :	professione / titolo di studio
altro familiare:	professione / titolo di studio
altro familiare:	professione / titolo di studio
altro familiare:	professione / titolo di studio
altro familiare:	professione / titolo di studio
Indirizzo:	telefono:

## **ESPERIENZE SCOLASTICHE**

Anno scolastico	Istituto	Scuola	Classe

## **DATI GENERALI RELATIVI ALL'EQUIPE SCOLASTICA**

Dirigente scolastico
Insegnante di classe
Insegnante di sostegno
Figure di coordinamento

## **IL GRUPPO CLASSE**

**Descrizione della classe** ( numero alunni, profitto, comportamento, alunni extracomunitari...)

---

---

Attività, progetti seguiti, sperimentazioni

---

---

## **DATI GENERALI RELATIVI ALL'EQUIPE SPECIALISTICA<sup>1</sup>**

<b>nome</b>	<b>qualifica struttura</b>	<b>telefono o recapito</b>

## **EVENTUALI TERAPIE IN CORSO**

L'alunno segue terapie      Si       No

---

<sup>1</sup> neuropsichiatra, psicologo, logopedista, psicoterapeuta, addetto all'assistenza, educatore ...

<b>Tipo di intervento</b>	<b>Tot. ore sett.</b>	<b>Luogo</b>
Logopedia		
Psicomotricità		
Fisioterapia		
T. Psicologica		
T. Psichiatrica		
Altro		

Gli interventi si svolgono in orario scolastico? Si  No

Attività riabilitative svolte a scuola: n. ore.....

Attività riabilitative svolte fuori dalla scuola: n.ore.....

### **DATI SCOLASTICI GENERALI**

#### Dati diagnostici

Certificazione rilasciata da: \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_

Validità: annuale /per l'intero percorso

Diagnosi funzionale rilasciata da: \_\_\_\_\_

Tipologia dell'handicap (desunta dalla certificazione)

\_\_\_\_\_

Si attiva il P.D.F. Sì No

CONTESTO SOCIO-FAMILIARE	Sì	No	
L'alunno vive in famiglia?			Se no, dove?
Frequenta regolarmente la scuola?			Se no, perché?
Arriva da solo?			Se no, come?
Frequenta per l'intero orario?			Se no, per quante ore?
Nel pomeriggio frequenta altre strutture?			Se sì, quali?
Nel pomeriggio fruisce di altre servizi?			Se sì, quali?
E' possibile concordare atteggiamenti comuni scuola-famiglia e servizi?			Se sì, vengono realizzati?

La famiglia nei confronti dell'alunno nutre aspettative:

elevate  equilibrate  imitate

La famiglia nei confronti della scuola ha atteggiamenti di:

sollecitazione  collaborazione  delega  conflitto

I familiari di riferimento per la scuola sono:

padre  madre  fratelli  altro

La frequenza degli incontri scuola – famiglia è:

regolare  saltuaria  occasionale  scarsa  non avviene

## Ulteriori segnalazioni e approfondimenti

# SINTESI CONOSCITIVA DELL'ALUNNO

## AREA SOCIO-AFFETTIVA E RELAZIONALE

## AREA AUTONOMIA

AREA COMUNICAZIONE E LINGUAGGIO

## AREA SENSOPERCETTIVA E PSICOMOTORIA

## AREA NEUROPSICOLOGICA

## AREA COGNITIVA

## AREA DELL'APPRENDIMENTO

## AREA DELL'APPRENDIMENTO CURRICULARE

## **Seconda Parte**

### Programmazione degli interventi

#### **ORARIO SETTIMANALE DELL'ALUNNO E DELLA CLASSE**

Ora	lunedì	martedì	mercoledì	giovedì	venerdì	sabato
I						
II						
III						
IV						
V						
VI						
VII						
VIII						

Legenda:

insegnante di sostegno: n. ore \_\_\_\_\_

operatore addetto all'assistenza: n. ore \_\_\_\_\_

#### **CARATTERISTICHE DELLA PROGRAMMAZIONE**

##### **Modalità dell'intervento didattico**

- La programmazione per l'alunno sarà la stessa della classe

Si  No

- Se no, si differenzia per:

obiettivi  metodologia  contenuti  strategie

spazi  tempi

- La differenziazione dei contenuti è caratterizzata da:

semplificazioni  sostituzioni  integrazioni  riduzioni

Attività comuni svolte in classe: n. ore \_\_\_\_\_

---

---

Attività individualizzate svolte in classe: n. ore \_\_\_\_\_

---

---

Attività individualizzate svolte fuori dalla classe: n. ore \_\_\_\_\_

---

---

Attività pomeridiane (laboratori.....): n. ore \_\_\_\_\_

---

---

# **PROGETTAZIONE DEGLI INTERVENTI**

**PROGRAMMAZIONE DIDATTICA INDIVIDUALIZZATA**

# **VERIFICHE E VALUTAZIONE**

**1) VERIFICHE IN ITINERE**

**2) SINTESI DEGLI INCONTRI CON GLI OPERATORI U.L.S.S. E CON LA  
FAMIGLIA**

**3) VARIAZIONE DELL'ORGANIZZAZIONE DEGLI INTERVENTI**

**4) SINTESI FINALE**

## 1) VERIFICHE IN ITINERE

Vengono registrate periodicamente le verifiche e le valutazioni del processo di apprendimento dell'alunno nelle diverse aree

DATA

## 2) SINTESI DEGLI INCONTRI CON GLI OPERATORI U.L.S.S.

### E CON LA FAMIGLIA

Vengono registrate periodicamente gli incontri con l'équipe medica e con la famiglia, verrà eventualmente allegata una relazione più dettagliata.

DATA
------

### **3) VARIAZIONI RELATIVE ALL'ORGANIZZAZIONE DEGLI INTERVENTI**

Vengono elencate le eventuali modifiche all'orario, alla programmazione delle attività, ecc. apportate nel corso dell'anno scolastico.

DATA

## **4) SINTESI FINALE**

**L'attuazione del presente Piano Educativo Individualizzato è stato concordato, pianificato e redatto da:**

Nome

Firma

Insegnante .....

Insegnante .....

Insegnante .....

Insegnante .....

Operatore di assistenza.....

Familiare (specificare ruolo).....

Familiare (specificare ruolo).....

Altro (specificare ruolo).....

Altro (specificare ruolo).....

si sono utilizzate:

- n. .... ore di sostegno
- n. .... ore di assistenza personale
- n. .... ore di altri sostegni (*specificare*)

**Il Dirigente Scolastico .....**

**Luogo e data.....**

