



ISTITUTO COMPRENSIVO CIVITELLA CASANOVA

Via Don Lorenzo Di Giulio, 1 – 65010 CIVITELLA CASANOVA

Tel. 085846109-846215 Fax 0858460798



ISTITUTO COMPRENSIVO
CIVITELLA CASANOVA

PIANO EDUCATIVO INDIVIDUALIZZATO

classe - Sezione

A favore dell'alunno/a

Nato/a a il

Residente a via - Tel.

Scuola e classe di provenienza:

Insegnanti della classe/ sezione	
Disciplina	Cognome e nome
Italiano	
Storia – Geografia	
Matematica	
Lingua Inglese	
Scienze	
Tecnologia/informatica	
Arte ed immagine	
Musica	
Scienze motorie e sportive	
Religione	
Sostegno	

Ore settimanali di sostegno assegnate dal GLHI:

Ore settimanali di sostegno fruite nell'anno scolastico precedente :

Ore settimanali di assistenza specialistica assegnate nell'anno scolastico in corso:

PROFILO DELL'ALUNNO

Tipologia dell'handicap:

La scuola è in possesso di Diagnosi Funzionale:

SI

NO

Data della diagnosi funzionale:

Hanno redatto la diagnosi funzionale:

Cognome e nome	Funzione e ruolo
Dott.	
Dott.	

La scuola è in possesso del Profilo Dinamico Funzionale:

SI

NO

Data del Profilo dinamico funzionale:

La scuola è in possesso di certificati medici:

SI

NO

Data dell'ultimo certificato medico

CARATTERISTICHE FISICHE

<u>Buono stato di salute</u>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<u>Diff. di fonazione</u>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
			se si quali.....		
<u>Armonia stat/ponderale</u>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO			
<u>Presenta dimorfismi</u>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<u>Buona funz.visiva</u>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Se si quali					
.....			<u>Buona funz.uditiva</u>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<u>Utilizzo di protesi sanitarie o ausili tecnici:</u>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO			
Se si quali.....					
.....					

Eventuale frequenza dell'alunno di centri specializzati:

Eventuale terapia farmacologica.....

L'alunno è stato / è seguito dallo psichiatra

SI

NO

L'alunno è stato / è seguito dallo psicologo

SI

NO

FUNZIONALITA' PSICOMOTORIA

<u>Buona coordinazione motoria generale</u>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO					
<u>Dominanza laterale:</u> Destra	<input type="checkbox"/>	Sinistra	<input type="checkbox"/>	Crociata	<input type="checkbox"/>	Non acquisita	<input type="checkbox"/>
<u>Buona motricità fine</u>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Disgrafia	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO		
<u>Buona coordinazione spazio-temporale</u>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Dislessia	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO		

EVENTUALI INTERVENTI RIABILITATIVI IN ORARIO SCOLASTICO

Data degli interventi	Tempi	Operatore di riferimento	Modalità	Metodolog. Di raccordo scuola/operatore

EVENTUALI INTERVENTI RIABILITATIVI IN ORARIO EXTRASCOLASTICO

Data degli interventi	Tempi	Operatore di riferimento	Modalità	Metodolog. Di raccordo scuola/operatore

CARATTERISTICHE COMPORTAMENTALI

<u>Gestione dell'emotività</u>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> IN PARTE				
<u>Collaborazione e partecipazione</u>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> IN PARTE	<u>Dipendenza</u>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> IN PARTE
<u>Frequenta:</u> volentieri	<input type="checkbox"/>	di malavoglia	<input type="checkbox"/>				
<u>Accettazione delle regole</u>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> IN PARTE				
<u>Motivazione al lavoro scolastico</u>	<input type="checkbox"/> alta	<input type="checkbox"/> adeguata	<input type="checkbox"/> Bassa/indifferente	<input type="checkbox"/> nulla/rifiuto			
<u>Rispetto degli impegni e delle responsabilità</u>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> IN PARTE				

QUADRO FAMILIARE

Padre dell'alunno	
Cognome e nome:.....	
Data di nascita:	
Luogo di residenza:- Via: - Tel.....	
Titolo di studio: - Professione:	

Madre dell'alunno	
Cognome e nome:	
Data di nascita:	
Luogo di residenza:- Via: – Tel.	
Titolo di studio: - Professione:	

Fratelli e sorelle dell'alunna			
Cognome e nome	Data di nascita	Titolo di studio	Professione

- In famiglia convivono altre persone: Nonni Zii Cugini Altro

- La famiglia è: Naturale Adottante Affidataria

PROFILO DIDATTICO

DATI RELATIVI ALLA PRECEDENTE SCOLARIZZAZIONE				
Anno scolastico	Scuola frequentata	Classe	Tipo di frequenza (regolare/irregolare)	Profitto

Descrizione della classe

N° alunni della classe _____

Situazione generale della classe. Presenza di altri alunni in situazione di handicap o in particolari difficoltà.

Livello di inclusione dell'alunno/a con il gruppo classe e con gli altri operatori scolastici

ATTIVITA' PROGRAMMATE

Attività di recupero	Visite guidate
Attività di consolidamento o di potenziamento	Gite scolastiche
Attività di laboratorio	Uso di strumenti tecnologici all'esterno (telecamera, macchina fotografica, ecc.)
Attività di classi aperte (per piccoli gruppi)	
Attività all'esterno	Attività di carattere sportivo
Attività di carattere culturale, formativo, socializzante (specificare)	

TEMPI PREVISTI PER L'INTERVENTO DIDATTICO-PEDAGOGICO PROPOSTO (organizzazione e ripartizione oraria settimanale)

AREA/ DISCIPLINA	N° ORE PREVISTE

L'alunno fruisce, su richiesta dei genitori, di una riduzione giornaliera di ore di lezione

SI	NO
----	----

 Se si, in quali giorni:
 Di quante ore:
 Ingresso alle ore: Uscita alle ore:

RISORSE DELLA SCUOLA PER L'INCLUSIONE

Attività di compresenza	Laboratori, spazi e attrezzature	Psicologo, oper. psico- pedagogico, op. tecno- logico, assistenti (...)	Altri spazi	Progetti e sperimentazioni

D) RACCORDI CON LA FAMIGLIA E COI SERVIZI EDUCATIVI TERRITORIALI

INTERVENTO EDUCATIVO SCUOLA FAMIGLIA				
Familiari di riferimento	Previsione frequenza incontri	Forme di incontro e di collaborazione previste	Aspettative della famiglia, della scuola, degli insegnanti	Definizione obiettivi formativi condivisi

EVENTUALI INTERVENTI EDUCATIVI TERRITORIALI

A scuola, l'alunno fruisce anche di assistenti offerti da altri Enti, oltre all'insegnante di sostegno?

Se sì, per n°ore al giorno e per n° giorni la settimana

SI	NO
----	----

Ente erogatore del servizio:

Tipo di intervento

Tempi:.....

Modalità:

Nominativo/i dell'assistente/i.....

Modalità del raccordo Scuola/ Ente:

.....

RIPARTIZIONE DELLE ORE SETTIMANALI DI SOSTEGNO E DI ASSISTENZA SPECIALISTICA

	LUNEDÌ	MARTEDÌ	MERCOLEDÌ	GIOVEDÌ	VENERDÌ	SABATO
1^ ORA						
2^ ORA						
3^ ORA						
4^ ORA						
5^ ORA						
6^ ORA						
7^ ORA						

Il presente P.E.I. è stato approvato dal Gruppo di lavoro H in data _____

IL CONSIGLIO DI CLASSE	
Italiano	
Storia - Geografia	
Matematica - Scienze	
Lingua Inglese	
Lingua Francese	
Tecnologia / informatica	
Arte ed immagine	
Musica	
Scienze motorie e sportive	
Religione	
Sostegno	

Il Dirigente Scolastico

Dott.ssa Rossella di Donato