*ISTITUTO COMPRENSIVO PESCARA 6*

*A.S.*

***PIANO EDUCATIVO INDIVIDUALIZZATO***

 Contenuti del documento:

1. ***DATI DELL’ALUNNO (***dati anagrafici e clinico-funzionali, interventi riabilitativi esterni)
2. ***CONTESTO SCOLASTICO (***analisi )
3. ***AREE DI INTERVENTO***
4. ***APPRENDIMENTO E OBIETTIVI***
5. ***MODALITA’ DI INTERVENTO***
6. ***VERIFICA E VALUTAZIONE***

**ALUNNO**

**CLASSE**

**DOCENTE DI SOSTEGNO**

## **DATI DELL’ALUNNO**

## **Dati relativi all’alunno/a**

|  |
| --- |
| **ALUNNO** |
| cognome | nome | data di nascita |
| luogo di nascita | residenza | telefono |

**ANAMNESI**

|  |
| --- |
| TIPOLOGIA DELL’HANDICAP |
| * La scuola è in possesso di diagnosi funzionale
 | SI | NO |
| * La scuola è in possesso di certificazione medica
 | SI | NO |

|  |
| --- |
| **CARATTERISTICHE FISICHE** |
| * Buono stato di salute
 | SI | NO | * Difficoltà di fonazione
 | SI | NO |
| * Armonia sta/ponderale
 | SI | NO |  se si quali? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| * Presenta dismorfismi
 | SI | NO |
|  se si quali? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | * Buona funzionalità visiva
 | SI | NO |
| * Buona funzionalità uditiva
 | SI |  NO |
|
| * Utilizza protesi sanitarie o ausili tecnici
 | SI | NO |
|  se si quali?  |
| * Esperienze scolastiche precedenti:
 |
| * Interventi riabilitativi
 | SI | NO |
|  se si quali?  |
| * Trattamenti farmacologici
 | SI | NO |
|  se si quali?  |

|  |  |
| --- | --- |
| **FUNZIONALITA’ PSICOMOTORIA** |  |
| * Coordinazione dinamica generale
 | SI | NO | IN PARTE |
| * Motricità fine
 | SI | NO | IN PARTE |
| * Coordinazione spazio – temporale
 | SI | NO | IN PARTE |
| **CARATTERISTICHE COMPORTAMENTALI** |  |
| * Aggressività
 | SI | NO | IN PARTE | * Dipendenza
 | SI | NO | IN PARTE |
| * Partecipazione
 | SI | NO | IN PARTE | * Accettazione regole
 | SI | NO | IN PARTE |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| * Eventuali altre osservazioni:
 |  |

|  |
| --- |
| **QUADRO FAMILIARE** |
| Grado di parentela | Nome e Cognome | Professione |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| * L’alunno vive in famiglia
 | SI | NO |  |
|  se no dove: |

**2. CONTESTO SCOLASTICO**

**GRUPPO CLASSE** descrizione della classe: numero di alunni totale, n. alunni certificati con disabilità, altre problematiche (alunni con DSA o difficoltà particolari...), altri elementi di complessità

**LABORATORI:** specificare quali, con che frequenza e a chi sono rivolti.

(Si fa riferimento al PTOF e ad eventuali deliberazioni del Consiglio di Classe)

**ALTRI PROGETTI**

|  |
| --- |
| **ORARIO DELLA CLASSE**Vanno indicate anche le eventuali contemporaneità dei docenti curricolari, dei docenti di sostegno, degli assistenti ad personam |
| **ore** | **Lunedì** | **Martedì** | **Mercoledì** | **Giovedì** | **Venerdì** | **Sabato** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **ORARIO SCOLASTICO DELL 'ALUNNO/A** |
| **ore** | **Lunedì** | **Martedì** | **Mercoledì** | **Giovedì** | **Venerdì** | **Sabato** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**3 AREE DI INTERVENTO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **AREE** | **LIVELLO DI PARTENZA** | **OBIETTIVI OPERATIVI** |
| **COGNITIVA E NEUROPSICOLOGICA** |  |   |
| **AFFETTIVO-RELAZIONALE** |  |  |
| **LINGUISTICO-COMUNICAZIONALE** |  |  |
| **PERCETTIVO-SENSORIALE** |  |  |
| **MOTORIO PRASSICA** |  |  |
| **AUTONOMIA** |  |  |

**4 AREA DEGLI APPRENDIMENTI/OBIETTIVI**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **AREA/****DISCIPLINA** | **SELEZIONE DEI TRAGUARDI PER LO SVILUPPO DELLE COMPETENZE** | **SELEZIONE DI****OBIETTIVI DI APPRENDIMENTO** | **STRATEGIE DIDATTICHE** |
|  |  |  | □ Lezione frontale individualizzata□ Apprendimento imitativo (Modelling)□ Aiuto e riduzione dell’aiuto* Adattamento di alcuni dei contenuti disciplinari

□ Tecniche di meta cognizione□ Lavoro a coppie / di gruppo □Modellaggio (Shaping)□ Learning by doing□ Semplificazione del testo* Problem solving
* Tutoring x Apprendimento cooperativo
* Concatenamento (Chaining)
* Tecniche di rinforzo
* Riduzione del rinforzo
* Riduzione del testo
* Sostegno all’autostima
* Altro
 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**5 MODALITA’ D’INTERVENTO**

|  |
| --- |
|  |

**6 VERIFICA E VALUTAZIONE (Criteri e modalità di valutazione).**

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***QUALIFICA*** | ***COGNOME E NOME*** | ***FIRMA*** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |