*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*** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |