|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

Scuola ...............................

**Piano Educativo Individualizzato**

**Alunno/a ...............................**

**cl. ................**

**a.s. ....................**

Insegnante di sostegno: ...........................................

Assistente educatore: .......................................

**ALUNNO/A:**

**CLASSE:**

**SCUOLA:**

**NATO/A A:**

**IL:**

**RESIDENTE IN:**

**RECAPITI:**

**DOCENTE TUTOR:**

**RELAZIONE CLINICA :** (ICD-X: .........)

E’ in carico a ....................... *U.O. di Neuropsichiatria infantile dell’ospedale di Rovereto /* [*A.P.S.P. Trento Beato de Tschiderer / altro (da specificare)*](https://www.iaps.it/) ed è seguito dal neuropsichiatra dott. .............................

*Altri specialisti che seguono l’alunno/a sono:*

*La famiglia è seguita dal servizio sociale*.

| **DATI RELATIVI ALLA PRECEDENTE SCOLARIZZAZIONE** |
| --- |

L’alunno/a ha frequentato *scuola dell’infanzia/scuola Primaria* di ..................

L’anno scorso ha frequentato la classe ....................................

| **DESCRIZIONE DEL CONTESTO** |
| --- |

SCOLASTICO:

L’alunno/a frequenta la classe ............... della scuola .......................; è iscritto/a al tempo scuola *obbligatorio*/*opzionali*. *Usufruisce del servizio mensa*.

E’ inserito/a in una classe composta da ................ alunni; *nella classe sono presenti altri alunni con Bes di fascia ...........* La classe risulta essere ................................; è inserito in modo ............................

Nel corrente anno scolastico è seguito dall’insegnante di sostegno ......................... per ............. ore settimanali *e dall’assistente educatore ....................... per ....... ore*

FAMILIARE:

La famiglia ........ *origini/nazionalità, composizione nucleo famigliare, partecipazione a incontri e udienze, collaborazione*

Lingua madre della famiglia: .......................

| **QUADRO ORARIO DELLE ATTIVITÀ DIDATTICHE E DEGLI INTERVENTI DI SOSTEGNO** |
| --- |

*Tenere solo lo schema orario in riferimento alla propria scuola*

*Inserire le discipline e evidenziare le ore coperte dal sostegno*

| **ora** | **lunedì** | **martedì** | **mercoledì** | **giovedì** | **venerdì** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
|  | *mensa* | *mensa* | *mensa* | *mensa* | *mensa* |
|  | *interscuola* | *interscuola* | *interscuola* | *interscuola* | *interscuola* |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ora** | **lunedì** | **martedì** | **mercoledì** | **giovedì** | **venerdì** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
|  | *mensa* | *mensa* | *mensa* | *mensa* | *mensa* |
|  | *interscuola* | *interscuola* | *interscuola* | *interscuola* | *interscuola* |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |

Insegnante di sostegno: ......................

Assistente educatore: ............................................

L’orario potrà subire variazioni in corso d’anno.

| **TERAPIE IN CORSO** |
| --- |

L’alunno/a segue delle terapie? **Sì**/ **NO**

| **Tipo di intervento** | **Struttura di riferimento** | **Totale ore settimanale** | **Giorno e orario** |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

| **ORGANIZZAZIONE DELLE ATTIVITÀ SCOLASTICHE** |
| --- |

* L'alunno/a parteciperà/*oppure*..... a tutte le uscite, progetti e iniziative proposte alla classe.
* Le ore di sostegno sono state distribuite sulle seguenti materie: .....................................
* Gli interventi didattico-educativi sono svolti ........................... *in classe con attività collettive e/o personalizzate, fuori dalla classe con momenti individualizzati o di piccolo gruppo, altro da specificare.*
* *scrivere in quali materie segue un programma differenziato/personalizzato/ e in quali uguale alle classe o con semplificazioni/riduzioni*

# *è previsto/ non è previsto* l’esonero dalla lingua inglese/tedesco

* *L’alunno/a partecipa ai gruppi opzionali del …………… e del ……………. pomeriggio.*

| **ATTENZIONI DIDATTICHE E FORMATIVE, METODOLOGIE E STRUMENTI** |
| --- |

Ruolo della figura di riferimento sarà:



*(esempi: supportare l’attenzione e la concentrazione, soprattutto nei momenti in cui l'attività è orale assicurarsi che abbia compreso la consegna e aiutarla nell’organizzarsi per eseguirla; pianificare strategie di lavoro, ricavando alcuni momenti individualizzati in base al bisogno; preparare materiale personalizzato, dare all’alunna suggerimenti per recuperare le informazioni, fornendo dove necessario un supporto visivo, ..........................)*

**Metodologie**:

**Strumenti e ausili**:

*(riportare in forma discorsiva o a punti o completando la tabella)*

|  |  |
| --- | --- |
| *DISCIPLINE* | *STRUMENTI / AUSILI UTILIZZATI* |
| Italiano |  |
| Matematica |  |
| Materie di studio |  |
| Educazioni |  |
| Lingue straniere |  |
| altro |  |

**Buone prassi:**

*(se presenti altrimenti cancellare)*

| **OBIETTIVI TRASVERSALI** |
| --- |

In ogni area fare una breve descrizione e individuare alcuni obiettivi e strategie di intervento

**AREA DELL’AUTONOMIA**

*(autonomie di base, autonomia nel compito, organizzazione materiale scolastico)*

| OBIETTIVI | STRATEGIE D’INTERVENTO E STRUMENTI |
| --- | --- |
|  |  |

**AREA AFFETTIVO-RELAZIONALE**

*(relazione con i pari e con gli insegnanti, interesse, motivazione, autostima)*

| OBIETTIVI | STRATEGIE D’INTERVENTO E STRUMENTI |
| --- | --- |
|  |  |

**AREA DELLA COMUNICAZIONE E DEL LINGUAGGIO**

*(linguaggio a livello fonologico, espressione verbale, comunicazione di bisogni/idee/pensieri, comprensione verbale)*

| OBIETTIVI | STRATEGIE D’INTERVENTO E STRUMENTI |
| --- | --- |
|  |  |

**AREA SENSORIALE, MOTORIO-PRASSICA**

*(eventuali deficit sensoriali o ipersensibilità, motricità grosso motoria e fine motoria, spazialità)*

| OBIETTIVI | STRATEGIE D’INTERVENTO E STRUMENTI |
| --- | --- |
|  |  |

**AREA COGNITIVA e NEUROPSICOLOGICA**

*(attenzione, concentrazione, memoria, organizzazione temporale)*

| OBIETTIVI | STRATEGIE D’INTERVENTO E STRUMENTI |
| --- | --- |
|  |  |

**PROGRAMMAZIONE DISCIPLINARE**

*Inserire la programmazione individualizzata/personalizzata. Se l’alunno/a segue la programmazione della classe inserire la frase “per le discipline ....... si fa riferimento ai programmi redatti dagli insegnanti curricolari”*

**CRITERI DI VERIFICA E VALUTAZIONE**

Caratteristiche delle verifiche e della valutazione

*(Esempi: L’efficacia degli interventi didattici sarà monitorata attraverso momenti di verifica quotidiani, mediante l’osservazione dei processi di apprendimento e dei progressi personali dell’alunno/a.*

*Le verifiche scritte e orali vengono calibrate sulle esigenze dell'alunno/verranno somministrate le medesime verifiche dei compagni; rispetto a quelle somministrate ai compagni, possono essere semplificate e/o abbreviate, possono essere differenti nel contenuto e/o nella forma e può essere concesso maggior tempo per la loro compilazione. L’insegnante può aiutare nella comprensione delle consegne.)*

Alla fine dell’anno verrà stilata la relazione finale, nelle quale sarà descritto il lavoro svolto, saranno messi in evidenza i progressi effettuati e il grado di raggiungimento degli obiettivi previsti nelle varie aree (autonomia, relazionale, ecc) e nelle diverse discipline.

La valutazione in sede di scrutinio tiene conto non solo dell'acquisizione degli obiettivi prefissati, ma anche dei progressi personali dell'alunno, in linea con le sue peculiarità e potenzialità. Per le discipline nelle quali non è prevista una programmazione individualizzata, la valutazione, se necessario, verterà sul raggiungimento degli obiettivi minimi.

La valutazione è riferita al contenuto del PEI e viene espressa dal docente di sostegno congiuntamente ad ogni docente curricolare.

Essa sarà strutturata in:

* un giudizio sintetico per ciascuna area disciplinare
* un giudizio globale descrittivo

Il presente piano, se necessario, potrà subire nel corso dell’a.s. degli aggiustamenti dovuti a esigenze o nuovi interessi dell’alunno/a o a difficoltà di realizzazione di quanto prefissato nella programmazione. Pertanto gli obiettivi potranno essere modificati in itinere.

**IL CONSIGLIO DI CLASSE**

| **Docente** | **Discipline** | **Firma** |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**IL GENITORE** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Avio, .........................................