

ISTITUZIONE SCOLASTICA

_____ (denominazione scuola)

PLESSO _____

PIANO EDUCATIVO INDIVIDUALIZZATO

Anno Scolastico _____ Classe _____ Sez _____

ALUNNO		
Cognome	Nome	data di nascita
luogo di nascita	residenza	Telefono

NUMERO DI ALUNNI DELLA CLASSE:

<3

>3

NUMERO DI ALUNNI CON BES NELLA CLASSE

(numero inferiore o superiore)

QUADRO ORARIO CLASSE

	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato
1 [^] ora						
2 [^] ora						
3 [^] ora						
4 [^] ora						
5 [^] ora						
6 [^] ora						
7 [^] ora						
8 [^] ora						

QUADRO ORARIO DOCENTE DI SOSTEGNO

	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato
1 [^] ora						
2 [^] ora						
3 [^] ora						
4 [^] ora						
5 [^] ora						
6 [^] ora						
7 [^] ora						
8 [^] ora						

Sintesi diagnosi funzionale:

La scuola è in possesso di certificazione medica	SI	NO	Data:
La scuola è in possesso della L.104	SI	NO	Data: revisione:
La scuola è in possesso di Diagnosi Funzionale	SI	NO	Data

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
▪ In orario scolastico	SI	NO
Nome somministratore e ruolo;		
N. protocollo somministrazione		

FUNZIONALITA' PSICOMOTORIA

▪ Coordinazione dinamica generale	SI	NO
▪ Dominanza laterale: destra <input type="checkbox"/>		
sinistra <input type="checkbox"/>		
crociata <input type="checkbox"/>		
non acquisita <input type="checkbox"/>		
▪ Motricità fine	SI	NO
▪ Coordinazione spazio – temporale	SI	NO

CARATTERISTICHE COMPORTAMENTALI					
▪ Aggressività	SI	NO	▪ Dipendenza	SI	NO
▪ Partecipazione	SI	NO	▪ Accettazione regole	SI	NO
▪ Eventuali altre osservazioni:					

EXTRASCUOLA ED EDUCATIVA					
Ha l'educatore a scuola monte h:	SI	NO	Ha l'educatore a casa	SI	NO
Fa attività extrascolastiche	SI	NO			
Se si, quali:					

QUADRO FAMILIARE				
Grado di parentela	Nome e Cognome	Età	Studi compiuti	Professione
▪ L'alunno vive in famiglia		SI	NO	
Se no dove? _____				

VALUTAZIONE DELLE CAPACITA' E COMPETENZE ACQUISITE:
Per ogni area interessata si definiscano gli obiettivi.

AREA DELLE AUTONOMIE

	Insoddisfacente	Appena soddisfacente	Soddisfacente	Annotazioni
CONTROLLO SFINTERICO				
IGIENE PERSONALE				
ALIMENTAZIONE				

OBIETTIVI:

(se necessario specificare se a breve, medio e lungo termine).

AREA SENSORIALE-PERCETTIVA

	Insoddisfacente	Appena soddisfacente	Soddisfacente	Annotazioni
FUNZIONALITA' VISIVA				
FUNZIONALITA' UDITIVA				
FUNZIONALITA' TATTILE				
FUNZIONALITA' OLFATTIVA				
FUNZIONALITA' GUSTATIVA				

OBIETTIVI:

(se necessario specificare se a breve, medio e lungo termine).

AREA SOCIO-AFFETTIVA-RELAZIONALE

	Insoddisfacente	Appena soddisfacente	Soddisfacente	Annotazioni
AUTOSTIMA				
RAPPORTO CON I COMPAGNI				
RAPPORTO CON GLI ADULTI				
RISPETTO DELLE REGOLE				
RISPETTO DELLE COSE				
PERCEZIONE DEL SE'				
COLLABORAZIONE				
PARTECIPAZIONE				
AUTOCONTROLLO				
AUTONOMIA SOCIALE				

OBIETTIVI:

(se necessario specificare se a breve, medio e lungo termine).

AREA PSICO-MOTORIA-PRASSICA

	Insoddisfacente	Appena soddisfacente	Soddisfacente	Annotazioni
SCHEMA CORPOREO				
PERCEZIONE				
COORDINAZIONE MOTORIA				
LATERALIZZAZIONE				
COORDINAZIONE OCULO-MANUALE				
ORIENTAMENTO SPAZIO- TEMPORALE				
MOTRICITA' FINE				
MOTRICITA' GLOBALE				

OBIETTIVI:

(se necessario specificare se a breve, medio e lungo termine).

AREA COMUNICATIVO-LINGUISTICA

	Insoddisfacente	Appena soddisfacente	Soddisfacente	Annotazioni
ASCOLTO				
COMPRESIONE VERBALE				
COMPRESIONE NON VERBALE				
PRODUZIONE VERBALE				
PRODUZIONE NON VERBALE				
VOCABOLARIO ADEGUATO ALL'ETA'				

OBIETTIVI:

(se necessario specificare se a breve, medio e lungo termine).

AREA LOGICO-MATEMATICA

	Insoddisfacente	Appena soddisfacente	Soddisfacente	Annotazioni
ACQUISIZIONE CONCETTI TOPOLOGICI				
RICONOSCIMENTO COLORI				
PROCESSI DI SERIAZIONE				
PROCESSI DI CLASSIFICAZIONE				
RISOLUZIONE PROBLEMI				

OBIETTIVI:

(se necessario specificare se a breve, medio e lungo termine).

AREA COGNITIVO E NEUROPSICOLOGICA

	Insoddisfacente	Appena soddisfacente	Soddisfacente	Annotazioni
ATTENZIONE				
MEMORIA				
COMPRESIONE				
ORGANIZZAZIONE SPAZIO- TEMPORALE				

OBIETTIVI:

(se necessario specificare se a breve, medio e lungo termine).

SCUOLA DELL'INFANZIA

*Allegato D Bis all'Accordo di Programma-Quadro promosso dal GLIP dell'USR-Ufficio V Ambito Territoriale
provincia di Cagliari
MODELLO PER SCUOLA DELL'INFANZIA*

Cognome	nome	ruolo	Firma
		docente	
		tutore	
		referente A.S.L.	
		referente centro convenzionato	
		funzione strumentale per l'handicap	
		docente di sostegno	
		educatore	
		madre/tutore	
		padre/tutore	

Il Dirigente Scolastico
