****

**MINISTERO DELL’ISTRUZIONE, DELL’UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA**

**UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO**

**ISTITUTO COMPRENSIVO ARTENA**

00031 ARTENA - RM - COD. FISC. 95037030582

VIA G. DI VITTORIO, 1 (06 95191090/1/3/7/9 fax 06 9514643)

**A.S.**

**PIANO EDUCATIVO INDIVIDUALIZZATO**

**PLESSO:**

**ALUNNO:**

**CLASSE:**

**INSEGNANTE DI SOSTEGNO:**

**INSEGNANTE DI CLASSE:**

**DATI RIGUARDANTI L’ALUNNO**

|  |  |
| --- | --- |
| **Cognome e nome** |  |
| **Data di nascita** |  |
| **Luogo di nascita** |  |
| **Residente a** |  |
| **Via** |  |
| **Telefono** |  |
| **Eventuale assunzione di farmaci****(salvavita)** |  |

|  |
| --- |
| **Sintesi diagnosi funzionale:** |

**ALTRE EVENTUALI INFORMAZIONI UTILI AI FINI DELL’INCLUSIONE SCOLASTICA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Servizi che hanno****in carico l’alunno** | **Servizio** | **Operatore di riferimento** |
| **neuropsichiatrico** |  |
| * **psicologico**
 |  |
| * **logopedico**
 |  |
| * **psicomotorio**
 |  |
| * **altro**
 |  |

|  |
| --- |
| **EXTRASCUOLA ED EDUCATIVA** |
| **OEAPAC****monte h:** | **SI** | **NO**  | **OEPAC/a casa** | SI  | **NO** |
| **Fa attività extrascolastiche** | **SI** | **NO**  |  |
| **Se si, quali:** |

**Risorse umane**

□ Docente di sostegno per n. …..... ore settimanali.

□ OEPAC per n. …...... ore settimanali.

□ Altre figure mediatrici per n. …..... ore settimanali.

**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 |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **ANALISI DELLA SITUAZIONE INIZIALE****L’alunno…** |

# VALUTAZIONE DELLE POTENZIALITÀ E DELLE COMPETENZE ACQUISITE NELLE SEGUENTI AREE:

|  |  |
| --- | --- |
| **AREA NEUROPSICOLOGICA** | **OBIETTIVI DIDATTICI:** |
| **Attività** |

|  |  |
| --- | --- |
| **AREA MOTORIO-PRASSICA** | **OBIETTIVI DIDATTICI** |
| **Attività** |

|  |  |
| --- | --- |
| **AREA AFFETTIVO-RELAZIONALE** | **OBIETTIVI DIDATTICI** |
| **Attività** |

|  |  |
| --- | --- |
| **AREA COMUNICATIVO-LINGUISTICA** | **OBIETTIVI DIDATTICI** |
| **Attività** |

|  |  |
| --- | --- |
| **AREA LOGICO-MATEMATICA** | **OBIETTIVI DIDATTICI** |
| **Attività** |

|  |  |
| --- | --- |
| **AREA SENSORIALE-PERCETTIVA** | **OBIETTIVI DIDATTICI** |
| **Attività** |

|  |  |
| --- | --- |
| **AREA DELLE AUTONOMIE** | **OBIETTIVI DIDATTICI** |
| **Attività** |

**La programmazione didattica terrà conto:**

* condizioni fisiche ed emotive .
* indicazioni terapeutiche degli operatori sociosanitari.
* strutture, spazi e materiali presenti nella scuola.

**RISORSE, STRUMENTI E METODOLOGIE (barrare la casella che interessa)**

Si concorda di attuare le seguenti risorse, strumenti e metodologie per una didattica inclusiva

* Adattamento degli obiettivi.
* Strategie metacognitive.
* Sostenere la motivazione ad apprendere.
* Didattica multicanale: uso costante e simultaneo di più canali percettivi (visivo, uditivo, tattile, cinestesico) incrementa l’apprendimento.
* Tecnologie multimediali (computer, notebook, software specifici, Ipad, LIM) .
* Predisporre verifiche brevi, su singoli obiettivi.
* Consentire tempi più lunghi o ridurre il numero degli esercizi nello stesso tempo (strategia da scegliere secondo la personalità del bambino/ragazzo).
* Spiegare utilizzando immagini.
* Utilizzare materiali strutturati e non.
* CAA.
* TEACH.
* ABA.

**VERIFICA E VALUTAZIONE**

* Il grado di attenzione
* Le modalità di risposta
* Il livello di maturazione raggiunto
* Le capacità acquisite
* Le difficoltà incontrate

**FINALITà:**

* potenziamento di quanto già raggiunto o acquisito dal bambino.
* superamento delle difficoltà rilevate.
* stabilizzazione degli apprendimenti in atto.
* sviluppo di quanto ancora (capacità) non risulta sufficientemente adeguato all’ età cronologica del piccolo.

**PEI concordato e sottoscritto da ciascun componente del Gruppo di Lavoro:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **cognome** | **nome** | **ruolo** | **firma** |
|  |  | docente |  |
|  |  | docente |  |
|  |  | docente |  |
|  |  | docente |  |
|  |  | referente A.S.L. |  |
|  |  | referente centro convenzionato |  |
|  |  | funzione strumentale per l’inclusione |  |
|  |  | docente di sostegno |  |
|  |  | oepac |  |
|  |  | madre/tutore |  |
|  |  | padre/tutore |  |

**Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Il Dirigente scolastico**

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**