

REGIONE SICILIA ASP N° 5 MESSINA

U. O. C. di Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza

Direttore S. Patanè

Cittadella della Salute

Fax n. 090/3654236 – Tel. 090/3653953/54

|  |
| --- |
| **PIANO EDUCATICO INDIVIDUALIZZATO****A.S. 2019/2020** |

|  |  |
| --- | --- |
| **ISTITUTO** |  |
| **COMUNE** |  |
| **ALUNNO/A** |  |
| **SETTORE SCUOLA** |  |
| **CLASSE** |  |

|  |
| --- |
| **PROFILO DIAGNOSTICO** |
| **DATI ANAGRAFICI DELL’ALUNNO/A** |
| Cognome e nome |  |
| Luogo e data di nascita |  |
| Comune di residenza |  |
| Indirizzo |  |
| Telefono – Email |  |
| Composizione del nucleo familiare |  |
| Informazioni utili sulle abitudini di vita dell’alunno/a in famiglia |  |

|  |
| --- |
| **CURRICULUM SCOLASTICO** |
| **Istituzione scolastica** | **Nome Istituto** | **Nome docente di sostegno anno precedente** | **Frequenza scolastica****numero anni** | **Permanenza/Ripetenza** |
| Infanzia |  |  |  |  |
| Primaria |  |  |  |  |
| I Grado |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **DATI SCUOLA** |
| Istituto |  |
| Indirizzo |  |
| Classe e sezione | N.° alunni nella classe | N.° altri alunni con disabilità nella classe | N.° altri alunni con BES presenti nella classe |
| Tempo normalen. ore | Tempo pienon.° ore | Tempo prolungaton.° ore | Attività extrascolastiche(Specificare tipologia e n.° ore) |
| Orario settimanale dell’alunno/a | n.° ore su n.° giorni |
| Orario settimanale dell’insegnante di sostegnoSpecificare anche le discipline/aree e le ore assegnate a ciascuna di esse (escluso infanzia) | n.° ore |
| Ore settimanali di sostegno proposte dal GLHO al GLI per il prossimo anno scolastico (entro marzo) | n.° ore |
| Ore settimanali dell’educatore assistenziale | n.° ore |
| Ore settimanali ASACOM | n.° ore |
| Ore settimanali dell’assistente igienico-personale | n.° ore |
| Ore settimanali di altre figure | n.° ore |
| Nominativo dell’insegnante di sostegno |  |
| Nominativo Assistente educativo-didattica |  |
| Nominativo ASACOM |  |
| Nominativo altre figure |  |

|  |
| --- |
| **CURRICULUM CLINICO** |
| Diagnosi clinica e codice ICD-10 |
| Data della prima diagnosi | Data ultimo aggiornamento della diagnosi |
| Periodi di ospedalizzazione | Interventi riabilitativi |
| Altro (farmaci, allergie,…) |  |

|  |
| --- |
| **ATTESTAZIONE DI DISABILITÀ** |
| **Compromissione delle capacità intellettive** | **Compromissione delle capacità motorie** |
|  nessuna |  media |  nessuna |  media |
|  lieve |  grave |  lieve |  grave |
| **Compromissione del linguaggio** | **Disordine emozionale – comportamentale - relazionale** |
|  nessuna |  media |  nessuna |  media |
|  lieve |  grave |  lieve |  grave |
| **Compromissione delle capacità visive** | **Compromissione delle capacità uditive** |
|  nessuna |  media |  nessuna |  media |
|  lieve |  grave |  lieve |  grave |

|  |
| --- |
| **PIANO EDUCATIVO INDIVIDUALIZZATO****PROGRAMMAZIONE DEL PERCORSO DI APPRENDIMENTO** |
|  Programmazione curriculare di classe |
|  Programmazione per obiettivi minimi |
|  Programmazione differenziata |  Area/Discipline |

 **“ISTITUTO COMPRENSIVO “SAN FRANCESCO di PAOLA”**

**PIANO EDUCATIVO INDIVIDUALIZZATO (P.E.I.)**

ANNO SCOLASTICO: 2020/2021

ALUNNO/A : CLASSE :

**AREA COGNITIVA- APPRENDIMENTO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| OBIETTIVI | ATTIVITÀ ESTRATEGIE  | VERIFICHE |
|  |  |  |

**“ISTITUTO COMPRENSIVO “SAN FRANCESCO DI PAOLA”**

ANNO SCOLASTICO 2020/2021

ALUNNO/A : CLASSE :

**AREA AFFETTIVA RELAZIONALE/AUTONOMIA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| OBIETTIVI | ATTIVITÀ ESTRATEGIE  | VERIFICHE |
|   |  |  |

**“ISTITUTO COMPRENSIVO “SAN FRANCESCO DI PAOLA”**

ANNO SCOLASTICO 2020/2021

ALUNNO/A : CLASSE :

**AREA LINGUISTICA/COMUNICAZIONE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| OBIETTIVI | ATTIVITÀ ESTRATEGIE  | VERIFICHE |
|  |   |  |

**“ISTITUTO COMPRENSIVO “SAN FRANCESCO DI PAOLA”**

ANNO SCOLASTICO 2020/2021

ALUNNO/A : CLASSE:

**AREA MOTORIA- PRASSICA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| OBIETTIVI | ATTIVITÀ ESTRATEGIE  | VERIFICHE |
| .  |  |  |

**I COMPILATORI**

|  |
| --- |
| **Il Consiglio di classe** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **Docente di sostegno** |
|  |  |
| **Operatori A.S.P. n°5 Messina** |
|  |  |
|  |  |
| **Operatore ASACOM** |
|  |  |
| **Operatore Igienico-personale** |
|  |  |
| **Operatore Educativo-didattico** |
|  |  |
| **Genitori dell’alunno/a** |
|  |  |
|  |  |

*Qualora il presente documento sia firmato da un solo genitore si intende che lo stesso sia stato condiviso da entrambi*

**Messina,**