|  |
| --- |
|  |
| **Istituto Comprensivo Statale “Archimede-La Fata”**  **Scuola dell'infanzia, Primaria, Secondaria 1° grado ad Indirizzo Musicale**  **Viale della Regione, 32 – 90047 Partinico – PA - Tel. 0916467838 - Fax 0918909263**  **mail:** [**paic8aw00b@istruzione.it**](mailto:paic8aw00b@istruzione.it) **– pec:** [**paic8aw00b@pec.istruzione.it**](mailto:paic8aw00b@pec.istruzione.it) **– Cod. min. PAIC8AW00B – C.F. 80028840827** |

**PIANO EDUCATIVO INDIVIDUALIZZATO**

**SEMPLIFICATO**

**Cognome** ------------------------------

**Nome** -----------------------------

**Nato a** ------------ (--) **il** --/--/-----

**Residente a** ---------------------- (--)

**Anno scolastico -----/-------**

**Classe/sezione ---**

**DIAGNOSI FUNZIONALE**

**DIAGNOSI**:

**ORE DI SOSTEGNO ASSEGNATE:**

**ORGANIZZAZIONE SCUOLA-FAMIGLIA**

|  |  |
| --- | --- |
| **FAMILIARI DI RIFERIMENTO** |  |
| **FREQUENZA DEGLI INCONTRI** |  |
| **ASPETTATIVE DELLA FAMIGLIA** |  |

**ORGANIZZAZIONE SCOLASTICA**

|  |
| --- |
| **GRUPPO CLASSE** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ORARIO DELLA CLASSE** | | | | | |
| **ore** | **Lunedì** | **Martedì** | **Mercoledì** | **Giovedì** | **Venerdì** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |

**Le ore in grassetto sono quelle in cui è presente il docente di sostegno.**

**INTERVENTI RIABILITATIVI ED EDUCATIVI ANNUALI**

* **Interventi riabilitativi in orario scolastico** (con uscita dalla scuola per recarsi c/o strutture specialistiche)

Tipo di intervento:

* medico specialistico
* neuropsichiatrico
* psicologico
* logopedico
* psicomotorio
* altro
* **Interventi riabilitativi in orario extra-scolastico**

Tipo di intervento:

* medico specialistico
* neuropsichiatrico
* psicologico
* logopedico
* psicomotorio
* altro

Tipo di intervento: monitoraggio N.P.I.

Operatore di riferimento: dott……………………(N. P. I.)

Tempi:

* annuali
* in basealle necessità

Modalità:

* colloqui
* valutazioni testali

Metodologia di raccordo:

* incontri con famiglia e scuola
* altro
* **Interventi educativi territoriali**
* **Strategie per l’emergenza**

**TIPOLOGIA DI PROGRAMMAZIONE**

* Programmazione semplificata per obiettivi minimi
* Programmazione individualizzata
* Programmazione della classe con attività semplificate

**BARRIERE E COMPORTAMENTI PROBLEMATICI** (specificare atteggiamenti oppositivi, difficoltà nel portare a termine le attività….)

**PIANO EDUCATIVO INDIVIDUALIZZATO**

**(Completare le parti di interesse)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **AREA SOCIO-AFFETTIVA-RELAZIONALE** | **SITUAZIONE DI PARTENZA**  Dalla diagnosi funzionale, dall’incontro congiunto con operatori e famiglia e dall’osservazione | **AREA SENSO-PERCETTIVA-**  **MOTORIA** | **SITUAZIONE DI PARTENZA**  Dalla diagnosi funzionale, dall’incontro congiunto con operatori e famiglia e dall’osservazione |
| Rapporto con:  Compagni  Insegnanti  Adulti in genere |  | Motricità globale |  |
| Autostima |  | Motricità fine |  |
| Modalità di reazione a:  Persone nuove  Situazioni nuove  Frustrazioni  Difficoltà  Gratificazione  Costrizione |  | Schema corporeo |  |
| Modalità di comunicazione  (spontanea, a richiesta etc) |  | Funzione visiva |  |
|  |  | Percezione uditiva |  |
|  |  | Percezione tattile |  |
| **AREA DELL’AUTONOMIA** | **SITUAZIONE DI PARTENZA**  Dalla diagnosi funzionale, dall’incontro congiunto con operatori e famiglia e dall’osservazione | **AREA COGNITIVA** | **SITUAZIONE DI PARTENZA**  Dalla diagnosi funzionale, dall’incontro congiunto con operatori e famiglia e dall’osservazione |
| **Autonomia personale**  Igiene  Abbigliamento  Controllo sfinterico  Spostamenti  Riconoscimento dei pericoli  Organizzazione rispetto al compito |  | Memoria |  |
| **Autonomia sociale**  Orientamento a scuola e fuori  Gestione di sé rispetto al tempo e allo spazio  Uso del telefono  Uso del denaro  Uso dell’orologio  Utilizzo delle abilità sociali |  | Attenzione |  |
|  |  | Strategie di apprendimento |  |
|  |  | Uso integrato di competenze diverse |  |
| **AREA COMUNICATIVO -LINGUISTICA** | **SITUAZIONE DI PARTENZA**  Dalla diagnosi funzionale, dall’incontro congiunto con operatori e famiglia e dall’osservazione | **AREA DELL' APPRENDIMENTO** | **SITUAZIONE DI PARTENZA**  Dalla diagnosi funzionale, dall’incontro congiunto con operatori e famiglia e dall’osservazione |
| **Mezzi privilegiati**  Gestuale mimico  Mimico facciale  Verbale  Grafico-pittorico |  | **Competenze linguistiche**  Comprensione (consegne, informazioni….)  Produzione (comunicazione di bisogni, costruzione frasi, resoconto di esperienze, spiegazioni…..)  Lettura (livelli raggiunti)  Scrittura (livelli raggiunti) |  |
| **Comprensione del linguaggio**  Parole, frasi, periodi, racconti di varia complessità. in diversi contesti |  | **Competenze matematiche**  quantificazione e numeri  operazioni  misura  geometria  osservazioni e ragionamenti |  |
| **Produzione verbale**  Sviluppo fonologico (dislalie)  Patrimonio lessicale  Struttura sintattica e narrativa |  |  |  |

**(Cancellare o inserire le parti di interesse)**

**SEZIONE INFANZIA**

|  |  |
| --- | --- |
| **campi di esperienza** | **obiettivi** |
| **IL SE’ E L’ALTRO** |  |
| **IL CORPO E IL MOVIMENTO** |  |
| **IMMAGINI, SUONI, COLORI** |  |
| **I DISCORSI E LE PAROLE** |  |

**(Cancellare o inserire le parti di interesse)**

**SEZIONE PRIMARIA**

|  |  |
| --- | --- |
| **AREE** | **obiettivi** |
| **AREA LINGUISTICO-ESPRESSIVA** |  |
| **AREA LOGICO-MATEMATICA** |  |
| **AREA ANTROPOLOGICA** |  |
| **AREA PSICOMOTORIA** |  |
| **AREA AFFETTIVO-RELAZIONALE** |  |
| **AREA DELL’AUTONOMIA** |  |

**(Cancellare o inserire le parti di interesse)**

**SEZIONE SECONDARIA**

|  |  |
| --- | --- |
| **DISCIPLINE** | **obiettivi** |
| **ITALIANO** |  |
| **MATEMATICA** |  |
| **STORIA** |  |
| **GEOGRAFIA** |  |
| **………..** |  |

**VERIFICHE E VALUTAZIONE**

PER CONSENTIRE L’ATTUAZIONE DEL PRESENTE PIANO EDUCATIVO CHE E’ STATO CONCORDATO E REDATTO DA:

|  |  |
| --- | --- |
| FAMIGLIA | Sig. |
| OPERATORI | Dott. |
| DOCENTE DI SOSTEGNO | Ins./Prof. |
| DOCENTI (Consiglio di classe) | |
| ITALIANO | Ins./Prof. |
| MATEMATICA | Ins./Prof. |
| …. | Ins./Prof. |

**(Indicare le discipline e i docenti coinvolti)**

SI RICHIEDONO ---- ORE DI SOSTEGNO SETTIMANALE

.…..,……..

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_