

Istituto Comprensivo Statale

“ITALO CALVINO”

Via Bologna, 57 – 80010 VILLARICCA NA <http://www.calvinovillaricca.gov.it>

cod. mecc. NAIC885001 – cod. fisc. 95020120630

e-mail: naic885001@istruzione.it – calvinovillaricca@virgilio.it; tel.-fax 081/818.16.85

PIANO EDUCATIVO INDIVIDUALIZZATO

ANNO SCOLASTICO 2015/2016

PROFILO DELL' ALUNNO

Alunno/a.....

Nato/a a il residente a

Via n Tel.

Classe sezione.....

Tempo scuola frequentato (ore settimanali) n. ore

Frequenza scolastica: *saltuaria* *regolare*

Diagnosi funzionale

.....
.....
.....
.....

CONTESTO SOCIO-FAMILIARE

L'alunno/a vive in famiglia? *Si* *No*

se no, dove?

Il pomeriggio frequenta altre strutture/servizi? *Si* *No*

Se si, quali?

La famiglia nei confronti dell'alunno nutre aspettative:

elevate *limitate* *equilibrate*

La famiglia nei confronti della scuola ha atteggiamenti di

sollecitazione *collaborazione* *conflitto* *delega*

QUADRO FAMILIARE

Padre dell'alunno	
Cognome e nome:.....	
Data di nascita:	
Luogo di residenza:- Via: - Tel.....	
Titolo di studio: - Professione:	

Madre dell'alunno	
Cognome e nome:	
Data di nascita:	
Luogo di residenza:- Via: - Tel.	
Titolo di studio: - Professione:	

Altri componenti nucleo familiare			
Cognome e nome	Data di nascita	Titolo di studio	Professione

CURRICULUM SCOLASTICO

DATI RELATIVI ALLA PRECEDENTE SCOLARIZZAZIONE				
Anno scolastico	Scuola frequentata	Classe o sezione	Tipo di frequenza (regolare/irregolare)	Risultato finale

Descrizione della classe

N°alunni della classe _____

Situazione generale della classe. Presenza di altri alunni in situazione di handicap o in particolari difficoltà.

Orario della classe						
ORA	LUNEDI'	MARTEDI'	MERCOLE DI'	GIOVEDI'	VENERDI'	SABATO

Orario dell'insegnante di sostegno/di classe						
ORA	LUNEDI'	MARTEDI'	MERCOLE DI'	GIOVEDI'	VENERDI'	SABATO

Insegnanti della classe	Area disciplinare/materia
Insegnante di sostegno _____	

RISORSE DELLA SCUOLA

(riferite all'alunno certificato)

Attività di compresenza

.....
.....

Laboratori

.....
.....

Attrezzature e sussidi didattici

.....
.....

Sperimentazioni

.....
.....

Progetti

.....
.....
.....

Commissione/gruppo H (componenti)

.....
.....
.....

Presenza di figure di riferimento interne alla scuola (psicopedagogo/figure
obiettivo/coordinatore ecc.) - quali sono e quale attività esplicano

.....
.....

Presenza di figure di riferimento esterne alla scuola (psicologo, operatori ecc.)
- quali sono e quale attività esplicano

.....
.....

OPERATORI DEL SERVIZIO SOCIO – SANITARIO

(neuropsichiatra, psicologo, ass. sociale, educatori ecc.)

Cognome e nome	qualifica	telefono

EVENTUALI TERAPIE IN CORSO

L'alunno è in terapia? Si No

Tipo di intervento:	Tot. ore sett.	Luogo
Logopedia	-----
Psicomotricità	-----
Fisioterapia	-----
T. Psicologica	-----
T. Psichiatrica	-----
Altro	-----

Gli interventi si svolgono in orario scolastico? Si No

Attività riabilitative svolte a scuola: n. ore

Attività riabilitative svolte fuori dalla scuola n. ore

ANALISI DELLA SITUAZIONE DI PARTENZA

(desunta dal PDF, dalla valutazione finale dell'anno precedente e dall'esito delle prove d'ingresso)

ASSE DELL'AUTONOMIA

AREA SENSO PERCETTIVA :

AREA – PSICOMOTORIA (schema corporeo, orientamento spazio- temporale, coordinazione, lateralizzazione ecc....):

AREA LINGUISTICO-ESPRESSIVA (linguaggi verbali e non verbali):

AREA COGNITIVA (processi di selezione, attenzione, trasformazione, memoria, recupero, astrazione):

AREA SOCIO-EMOTIVA (integrazione, partecipazione, relazione, ecc....):

AREE DI MAGGIORE CARENZA (difficoltà rilevate)

ARTICOLAZIONE DEL PEI

MODALITA' DI INTERVENTO DIDATTICO

La programmazione per l'alunno sarà la stessa della classe Si No
Se no, si differenzia per:

obiettivi *metodologia* *contenuti* *strategie* *spazi* *tempi*

La differenziazione dei contenuti è caratterizzata da:

semplificazioni *sostituzioni* *integrazioni* *riduzioni*

Attività comuni svolte in classe ore: da ____ a ____

.....
.....
.....

Attività individualizzate svolte in classe ore: da ____ a ____

.....
.....
.....

Attività individualizzate svolte fuori della classe ore: da ____ a ____

.....
.....
.....

Attività laboratoriali svolte fuori della classe ore: da ____ a ____

.....
.....
.....

Altro

.....
.....
.....

AREE SPECIFICHE DI INTERVENTO

ASSE DELL' AUTONOMIA
(personale – sociale)

OBIETTIVI	ATTIVITA' ED INTERVENTI

TEMPI ATTUATIVI	<input type="checkbox"/> I quadrimestre <input type="checkbox"/> Altro (specificare)	<input type="checkbox"/> II quadrimestre
VERIFICA DELLE ATTIVITÀ	<input type="checkbox"/> Verifiche strutturate <input type="checkbox"/> Verifiche non strutturate	<input type="checkbox"/> Verifiche semi strutturate <input type="checkbox"/> Osservazioni sistematiche

ASSE AFFETTIVO - RELAZIONALE
(INTEGRAZIONE – MOTIVAZIONE/AUTOSTIMA)

OBIETTIVI	ATTIVITA' ED INTERVENTI

TEMPI ATTUATIVI	<input type="checkbox"/> I quadrimestre <input type="checkbox"/> Altro (specificare)	<input type="checkbox"/> II quadrimestre
VERIFICA DELLE ATTIVITÀ	<input type="checkbox"/> Verifiche strutturate <input type="checkbox"/> Verifiche non strutturate	<input type="checkbox"/> Verifiche semi strutturate <input type="checkbox"/> Osservazioni sistematiche

ASSE LINGUISTICO – COMUNICAZIONALE	
OBIETTIVI	ATTIVITA' ED INTERVENTI

TEMPI ATTUATIVI	<input type="checkbox"/> I quadrimestre <input type="checkbox"/> Altro (specificare)	<input type="checkbox"/> II quadrimestre
VERIFICA DELLE ATTIVITÀ	<input type="checkbox"/> Verifiche strutturate <input type="checkbox"/> Verifiche non strutturate	<input type="checkbox"/> Verifiche semi strutturate <input type="checkbox"/> Osservazioni sistematiche

ASSE COGNITIVO	
OBIETTIVI	ATTIVITA' ED INTERVENTI

TEMPI ATTUATIVI	<input type="checkbox"/> I quadrimestre <input type="checkbox"/> Altro (specificare)	<input type="checkbox"/> II quadrimestre
VERIFICA DELLE ATTIVITÀ	<input type="checkbox"/> Verifiche strutturate <input type="checkbox"/> Verifiche non strutturate	<input type="checkbox"/> Verifiche semi strutturate <input type="checkbox"/> Osservazioni sistematiche

ASSE NEUROPSICOLOGICO	
OBIETTIVI	ATTIVITA' ED INTERVENTI

TEMPI ATTUATIVI	<input type="checkbox"/> I quadrimestre <input type="checkbox"/> Altro (specificare)	<input type="checkbox"/> II quadrimestre
VERIFICA DELLE ATTIVITÀ	<input type="checkbox"/> Verifiche strutturate <input type="checkbox"/> Verifiche non strutturate	<input type="checkbox"/> Verifiche semi strutturate <input type="checkbox"/> Osservazioni sistematiche

ASSE DEGLI APPRENDIMENTI	
AMBITO/AREA/DISCIPLINA:	
OBIETTIVI	ATTIVITA' ED INTERVENTI

TEMPI ATTUATIVI	<input type="checkbox"/> I quadrimestre <input type="checkbox"/> Altro (specificare)	<input type="checkbox"/> II quadrimestre
VERIFICA DELLE ATTIVITÀ	<input type="checkbox"/> Verifiche strutturate <input type="checkbox"/> Verifiche non strutturate	<input type="checkbox"/> Verifiche semi strutturate <input type="checkbox"/> Osservazioni sistematiche

ASSE DEGLI APPRENDIMENTI	
AMBITO/AREA/DISCIPLINA:	
OBIETTIVI	ATTIVITA' ED INTERVENTI

TEMPI ATTUATIVI	<input type="checkbox"/> I quadrimestre <input type="checkbox"/> Altro (specificare)	<input type="checkbox"/> II quadrimestre
VERIFICA DELLE ATTIVITÀ	<input type="checkbox"/> Verifiche strutturate <input type="checkbox"/> Verifiche non strutturate	<input type="checkbox"/> Verifiche semi strutturate <input type="checkbox"/> Osservazioni sistematiche

ASSE DEGLI APPRENDIMENTI	
AMBITO/AREA/DISCIPLINA:	
OBIETTIVI	ATTIVITA' ED INTERVENTI

TEMPI ATTUATIVI	<input type="checkbox"/> I quadrimestre <input type="checkbox"/> Altro (specificare)	<input type="checkbox"/> II quadrimestre
VERIFICA DELLE ATTIVITÀ	<input type="checkbox"/> Verifiche strutturate <input type="checkbox"/> Verifiche non strutturate	<input type="checkbox"/> Verifiche semi strutturate <input type="checkbox"/> Osservazioni sistematiche

ASSE DEGLI APPRENDIMENTI ASSE MOTORIO PRASSICO	
AMBITO/AREA/DISCIPLINA:	
OBIETTIVI	ATTIVITA' ED INTERVENTI

TEMPI ATTUATIVI	<input type="checkbox"/> I quadrimestre <input type="checkbox"/> Altro (specificare)	<input type="checkbox"/> II quadrimestre
VERIFICA DELLE ATTIVITÀ	<input type="checkbox"/> Verifiche strutturate <input type="checkbox"/> Verifiche non strutturate	<input type="checkbox"/> Verifiche semi strutturate <input type="checkbox"/> Osservazioni sistematiche

ASSE DEGLI APPRENDIMENTI ASSE SENSORIALE	
AMBITO/AREA/DISCIPLINA:	
OBIETTIVI	ATTIVITA' ED INTERVENTI

TEMPI ATTUATIVI	<input type="checkbox"/> I quadrimestre <input type="checkbox"/> Altro (specificare)	<input type="checkbox"/> II quadrimestre
VERIFICA DELLE ATTIVITÀ	<input type="checkbox"/> Verifiche strutturate <input type="checkbox"/> Verifiche non strutturate	<input type="checkbox"/> Verifiche semi strutturate <input type="checkbox"/> Osservazioni sistematiche

ASSE DEGLI APPRENDIMENTI	
AMBITO/AREA/DISCIPLINA:	
OBIETTIVI	ATTIVITA' ED INTERVENTI

TEMPI ATTUATIVI	<input type="checkbox"/> I quadrimestre	<input type="checkbox"/> II quadrimestre
	<input type="checkbox"/> Altro (specificare)	
VERIFICA DELLE ATTIVITÀ	<input type="checkbox"/> Verifiche strutturate	<input type="checkbox"/> Verifiche semi strutturate
	<input type="checkbox"/> Verifiche non strutturate	<input type="checkbox"/> Osservazioni sistematiche

ASSE DEGLI APPRENDIMENTI	
AMBITO/AREA/DISCIPLINA:	
OBIETTIVI	ATTIVITA' ED INTERVENTI

TEMPI ATTUATIVI	<input type="checkbox"/> I quadrimestre	<input type="checkbox"/> II quadrimestre
	<input type="checkbox"/> Altro (specificare)	
VERIFICA DELLE ATTIVITÀ	<input type="checkbox"/> Verifiche strutturate	<input type="checkbox"/> Verifiche semi strutturate
	<input type="checkbox"/> Verifiche non strutturate	<input type="checkbox"/> Osservazioni sistematiche

ASSE DEGLI APPRENDIMENTI	
AMBITO/AREA/DISCIPLINA:	
OBIETTIVI	ATTIVITA' ED INTERVENTI

TEMPI ATTUATIVI	<input type="checkbox"/> I quadrimestre	<input type="checkbox"/> II quadrimestre
	<input type="checkbox"/> Altro (specificare)	
VERIFICA DELLE ATTIVITÀ	<input type="checkbox"/> Verifiche strutturate	<input type="checkbox"/> Verifiche semi strutturate
	<input type="checkbox"/> Verifiche non strutturate	<input type="checkbox"/> Osservazioni sistematiche

ASSE DEGLI APPRENDIMENTI	
AMBITO/AREA/DISCIPLINA:	
OBIETTIVI	ATTIVITA' ED INTERVENTI

TEMPI ATTUATIVI	<input type="checkbox"/> I quadrimestre	<input type="checkbox"/> II quadrimestre
	<input type="checkbox"/> Altro (specificare)	
VERIFICA DELLE ATTIVITÀ	<input type="checkbox"/> Verifiche strutturate	<input type="checkbox"/> Verifiche semi strutturate
	<input type="checkbox"/> Verifiche non strutturate	<input type="checkbox"/> Osservazioni sistematiche

ASSE DEGLI APPRENDIMENTI	
AMBITO/AREA/DISCIPLINA:	
OBIETTIVI	ATTIVITA' ED INTERVENTI

TEMPI ATTUATIVI	<input type="checkbox"/> I quadrimestre	<input type="checkbox"/> II quadrimestre
	<input type="checkbox"/> Altro (specificare)	
VERIFICA DELLE ATTIVITÀ	<input type="checkbox"/> Verifiche strutturate	<input type="checkbox"/> Verifiche semi strutturate
	<input type="checkbox"/> Verifiche non strutturate	<input type="checkbox"/> Osservazioni sistematiche

ASSE DEGLI APPRENDIMENTI	
AMBITO/AREA/DISCIPLINA:	
OBIETTIVI	ATTIVITA' ED INTERVENTI

TEMPI ATTUATIVI	<input type="checkbox"/> I quadrimestre	<input type="checkbox"/> II quadrimestre
	<input type="checkbox"/> Altro (specificare)	
VERIFICA DELLE ATTIVITÀ	<input type="checkbox"/> Verifiche strutturate	<input type="checkbox"/> Verifiche semi strutturate
	<input type="checkbox"/> Verifiche non strutturate	<input type="checkbox"/> Osservazioni sistematiche

METODOLOGIA				
<input type="checkbox"/> Lezione frontale <input type="checkbox"/> Lezione frontale individualizzata <input type="checkbox"/> Lezione dialogica <input type="checkbox"/> Modelling <input type="checkbox"/> Passi istruzionali <input type="checkbox"/> Tecniche di metacognizione <input type="checkbox"/> Tecniche di rinforzo <input type="checkbox"/> Riduzione del rinforzo			<input type="checkbox"/> Adattamento del testo <input type="checkbox"/> Semplificazione del testo <input type="checkbox"/> Lavoro a coppie / di gruppo <input type="checkbox"/> Schematizzazioni e concettualizzazioni (mappe) <input type="checkbox"/> Tutoring <input type="checkbox"/> Problem solving <input type="checkbox"/> Apprendimento cooperativo	
STRUMENTI		SPAZI		
<input type="checkbox"/> Fotocopie <input type="checkbox"/> Materiale iconografico <input type="checkbox"/> Video <input type="checkbox"/> Adattamenti libri di testo <input type="checkbox"/> Audio <input type="checkbox"/> Dispense <input type="checkbox"/> Materiali sensoriali <input type="checkbox"/> Libro di testo <input type="checkbox"/> Soft ware di video – scrittura <input type="checkbox"/> Software didattici (<i>specificare</i>) <input type="checkbox"/> Strumenti compensativi (<i>specificare</i>) <input type="checkbox"/> Strumenti vicarianti (<i>specificare</i>) <input type="checkbox"/> Altro (<i>specificare</i>)		<input type="checkbox"/> Aula (di classe) <input type="checkbox"/> Aula per le attività integrative individualizzate <input type="checkbox"/> Laboratorio di informatica <input type="checkbox"/> Mediateca <input type="checkbox"/> Aula mensa <input type="checkbox"/> Laboratorio scientifico <input type="checkbox"/> Laboratorio artistico <input type="checkbox"/> Palestra <input type="checkbox"/> Biblioteca <input type="checkbox"/> Altro (<i>specificare</i>)		
RISORSE UMANE DI SUPPORTO				
<p>* indicare il ruolo della risorsa, descrivere la forma di collaborazione prevista e i punti di raccordo dell'intervento con la presente programmazione didattico – educativa individualizzata</p>				
FAMIGLIA	ALTRI OPERATORI SCOLASTICI (collaboratori scolastici, altri docenti, ...)	OPERATORI EXTRA SCOLASTICI (educatori, logopedisti, ...)		

VERIFICA E VALUTAZIONE
II^ QUADRIMESTRE

(obiettivi raggiunti, difficoltà emerse e ipotesi di intervento per il prossimo anno)

REDATTORI DEL P.E.I.

I componenti il GLH sottoscrivono il presente Progetto Educativo Individualizzato e si assumono gli impegni relativi alle competenze specifiche del ruolo di appartenenza e la valutazione del percorso di verifica.

Qualifica (*)	Nome e Cognome	Firma

(*): Dirigente scolastico; Docente di sostegno; Docente coordinatore di classe; Docente curricolare; Medico specialista; Logopedista; Fisioterapista; Psicomotricista, Psicologo; Pedagoga; Assistente sociale (Servizio Sanitario); Assitente Sociale (Ente Locale); Educatore scolastico; Educatore domiciliare; Madre dell'alunno/a; Padre dell'alunno/a; Altre figure

Luogo	
--------------	--

Data	
-------------	--

