|  |
| --- |
|  |
| *Giuseppe Pasquale*  *“Verdi – Cafaro ”* |
| *ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE*  Scuola dell’Infanzia, Primaria e Secondaria di Primo Grado |
|  |
| **Sede centrale Via G. Verdi, n. 65 - 76123 Andria (BT)**  Telefono 0883 – 246.239 - Fax 0883 - 56.45.45  Cod. Mecc. BAIC86300V e-mail [baic86300v@istruzione.it](mailto:baic86300v@istruzione.it) [baic86300v@istruzione.it](mailto:baic86300v@istruzione.it) (posta certificata) |

P.E.I.

# PIANO EDUCATIVO INDIVIDUALIZZATO

*anno scolastico 2015/2016*

|  |  |
| --- | --- |
| *COGNOME* |  |
| *NOME* |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *nato/a a* |  | *il* |  |
| *ordine scuola* | INFANZIA | *classe /sezione* |  |
| docente di sostegno |  | | |
| *docenti di sezione* |  | | |
| *ore di sostegno* |  | | |
| *Data compilazione PEI* |  | | |

Documento predisposto dal

*Gruppo di lavoro per l’integrazione scolastica*

operante presso il Istituto Comprensivo “Verdi - Cafaro” di Andria

in coordinamento con l’équipe A.S.L. BA/1

1. DATI GENERALI

|  |  |
| --- | --- |
| *anno scolastico* | 2014-2015 |
| *scuola* |  |
| *classe/sezione* |  |
| *ore di sostegno pedagogico/didattico* |  |
| *docente sostegno* |  |
| *docenti classe* |  |
| *interventi terapeutico/riabilitativi* |  |
| *ASL competente o altro Ente* |  |

*Precedente scolarizzazione[[1]](#footnote-1)*

*Tipo di frequenza[[2]](#footnote-2)*

|  |
| --- |
|  |

*Situazione della classe*

|  |  |
| --- | --- |
| *tempo scuola[[3]](#footnote-3)* |  |
| *n. alunni* |  |
| *ambiente socio-familiare[[4]](#footnote-4)* |  |
| *casi problematici[[5]](#footnote-5)* |  |
| *livello di apprendimento[[6]](#footnote-6)* |  |
| *livello di socializzazione[[7]](#footnote-7)* |  |
| *attività curricolari[[8]](#footnote-8)* |  |
| *attività extracurricolari[[9]](#footnote-9)* |  |

*Analisi della situazione apprenditiva di partenza dell’alunno*

|  |
| --- |
|  |

*Bisogni formativi dell’alunno*

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| *Annotazioni rilevate dai colloqui con i genitori* |  |
| *Familiare di riferimento* |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Prima*  *attestazione*  *diagnostica* | *redatta in data* |  |
| *da* |  |
| *diagnosi clinica sintetica* |  |
| *Aggiornamenti successivi* | *effettuati in data* |  |
| *da* |  |
| *diagnosi clinica sintetica* |  |
| *rapporto docente/alunno* |  |

*Diagnosi*

*Profilo Dinamico Funzionale*

|  |  |
| --- | --- |
| *compilato in data* |  |
| *aggiornato in data* |  |
| *da* |  |

*Assistenza specialistica*

|  |  |
| --- | --- |
| *a cura di[[10]](#footnote-10)* |  |
| *tramite[[11]](#footnote-11)* |  |
| *riabilitazione[[12]](#footnote-12)* |  |
| *tempi della riabilitazione* |  |
| *luogo della riabilitazione* |  |

1. OBIETTIVI DELL’INTEGRAZIONE SCOLASTICA

*Gli obiettivi dell’integrazione scolastica corrispondono agli obiettivi specifici curricolari e disciplinari del gruppo classe.*

*Asse Cognitivo*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 |  | |
| 2 |  | |
| 3 |  | |
| 4 |  | |
| 5 |  | |
| 6 |  | |
| modalità operative | |  |

*Asse Affettivo - Relazionale*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 |  | |
| 2 |  | |
| 3 |  | |
| 4 |  | |
| modalità operative | |  |

*Asse Sensoriale*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 |  | |
| 2 |  | |
| 3 |  | |
| 4 |  | |
| modalità operative | |  |

*Asse linguistico - comunicazionale*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 |  | |
| 2 |  | |
| 3 |  | |
| 4 |  | |
| 5 |  | |
| 6 |  | |
| modalità operative | |  |

*Asse motorio – prassico*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 |  | |
| 2 |  | |
| 3 |  | |
| 4 |  | |
| modalità operative | |  |

*Asse Neuropsicologico*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 |  | |
| 2 |  | |
| 3 |  | |
| 4 |  | |
| modalità operative | |  |

*Asse dell’autonomia*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 |  | |
| 2 |  | |
| 3 |  | |
| 4 |  | |
| modalità operative | |  |

*Asse dell’Apprendimento*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 |  | |
| 2 |  | |
| 3 |  | |
| 4 |  | |
| 5 |  | |
| 6 |  | |
| modalità operative | |  |

*LA RETE OPERATIVA - COORDINAMENTO DEGLI INTERVENTI[[13]](#footnote-13)*

*Aree prevalenti dell’azione formativa*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *ASSI* | *aree prevalenti di azione* | | |
| insegnante di  sostegno | gruppo di  insegnamento | famiglia |
| *cognitivo* |  |  |  |
| *affettivo - relazionale* |  |  |  |
| *linguistico - comunicazionale* |  |  |  |
| *sensoriale* |  |  |  |
| *motorio – prassico* |  |  |  |
| *neuropsicologico* |  |  |  |
| *dell’autonomia* |  |  |  |
| *dell’apprendimento* |  |  |  |

1. CRITERI ORIENTATIVI PER LA GESTIONE DEI TEMPI

*la giornata scolastica*

|  |  |
| --- | --- |
| *ingresso* |  |
| *prima metà della giornata* |  |
| *mensa* |  |
| *seconda metà giornata* |  |

*calendario settimanale delle attività dell’alunno*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | lunedì | martedì | mercoledì | giovedì | venerdì |
| *prima metà*  *della mattinata/giornata* |  |  |  |  |  |
| *seconda metà*  *della mattinata/giornata* |  |  |  |  |  |
| *pomeriggio* |  |  |  |  |  |

*Organizzazione didattica*

|  |  |
| --- | --- |
| n. ore settimanali attività di sezione |  |
| n. ore settimanali di piccolo gruppo |  |
| n. ore settimanali individuale |  |
| aspetti organizzativi |  |

1. PROCESSO DI INTEGRAZIONE SCOLASTICA

**CRITERI PER LA VERIFICA**

*Saranno effettuate prove di verifica* ***“iniziali”*** *per valutare i prerequisiti;* ***in itinere*** *al fine di adeguare, se necessario, le attività ai tempi e ai ritmi di apprendimento dell’alunno;* ***“finali”*** *per accertare i livelli di apprendimento raggiunti in relazione agli obiettivi iniziali di apprendimento. Il controllo delle conoscenze che successivamente, con l’applicazione diverranno abilità, sarà comunque quotidiano e relativo ad ogni attività proposta. Si verificheranno sempre: l’esposizione orale e scritta, la lettura, la correttezza ortografica, l’autonomia operativa nell’esecuzione di calcoli aritmetici e nella risoluzione di situazioni problematiche concrete e simboliche.*

Il Gruppo Interdisciplinare

|  |  |
| --- | --- |
| *Neuropsichiatra Infantile Dott.ssa* |  |
| *Psicologo Dott.ssa* |  |
| *Assistente Sociale Dott.ssa* |  |
| *Docente Di Sostegno Ins.* |  |
| *Docenti Della Classe Inss.* |  |
| *Assistente Educativo Sig.* |  |
| *Padre Sig.* |  |
| *Madre Sig.ra* |  |

Il docente verbalizzante

Ins.

1. *ultimo anno frequentato* [↑](#footnote-ref-1)
2. *regolare, irregolare* [↑](#footnote-ref-2)
3. *indicare le ore settimanali della classe (40, 27, 30…)* [↑](#footnote-ref-3)
4. *alto, medio-alto, medio, medio-basso, basso* [↑](#footnote-ref-4)
5. *numero eventuali altri bes (hp, dsa, adhd, ecc) presenti in classe*  [↑](#footnote-ref-5)
6. *ottimo, soddisfacente, buono discreto, sufficiente, insufficiente* [↑](#footnote-ref-6)
7. *ottimo, soddisfacente, buono discreto, sufficiente, insufficiente* [↑](#footnote-ref-7)
8. *Progetti miglioramento offerta formativa svolti dalla classe* [↑](#footnote-ref-8)
9. *Progetti ampliamento offerta formativa svolti dalla classe* [↑](#footnote-ref-9)
10. *SNPI Servizio di Neuro Psichiatria Infantile Asl – specialista privato – ente convenzionato* [↑](#footnote-ref-10)
11. *controlli periodici (specificare tipo e cadenza)- psicoterapia (specificare tipo e trattamento)* [↑](#footnote-ref-11)
12. *fisioterapia - psicomotricità - logoterapia - terapia occupazionale* [↑](#footnote-ref-12)
13. *Segnare nelle caselle solo il numero corrispondente agli obiettivi, così come indicato nelle tabelle alle pagine 6,7,8,9 10* [↑](#footnote-ref-13)