

REGIONE SICILIANA - DISTRETTO SCOLASTICO N. 62

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE “F. VIVONA”

91013 Calatafimi Segesta (TP)

C/da Santa Maria s. n. - Tel. 0924/951311 - Fax 0924/954620

C.F. 80004430817 - Codice Meccanografico TPIC81300B

*sito web:* [*www.istitutocomprensivovivona.gov.it*](http://www.istitutocomprensivovivona.gov.it) *– E- mail:* *tpic81300b@istruzione.it*

DENOMINAZIONE DELLA SCUOLA

**P.E.I.**

**PIANO EDUCATIVO INDIVIDUALIZZATO**

( Legge 5 febbraio 1992, n 104 art. .3 comma 1 comma 3 e art. 12,

 D.P.R. 24/2/1994, Ai sensi dell art. 15 dell’ OM. n° 90/01,

 ai sensi del Decreto Legge 31-05-2010 art. 10 comm.5 e altre modifiche ed integrazioni)

 ALUNNO/A ...............................................................

 CLASSE /SEZIONE

Anno scolastico 2018/2019

[N.B. Il presente documento vincola al segreto professionale chiunque ne venga a conoscenza (art. 622 C.P.). Esso va conservato all'interno del Fascicolo personale dell’alunno, con facoltà di visione da parte degli operatori che si occupano dello stesso]

L’integrazione scolastica ha come obiettivo lo “*sviluppo delle potenzialità della persona handicappata nell’apprendimento, nella comunicazione, nelle relazioni e nella socializzazione. L’esercizio del diritto all’educazione e all’istruzione non può essere impedito da difficoltà di apprendimento né da altre difficoltà derivanti dalle disabilità connesse all’handicap*” (L. 104/92, art. 12, commi 3 e 4).

|  |
| --- |
| COGNOME.......................................................................NOME…………………………….DATA DI NASCITA ………………. LUOGO........................................................................RESIDENTE A..........................................VIA......................................N.........Tel…….........DIAGNOSI CLINICA: Consultabile presso l’ufficio di presidenza della scuola da parte degli operatori che si occupano del caso.  |

|  |
| --- |
| **SINTESI DIAGNOSI CLINICA, CODICE ICD-10 E INDICE DI GRAVITA’**:…………….……………………………………………* ART. 3 COMMA 1
* ART.3 COMMA 3

TIPOLOGIA DISABILITA’* CH (Visiva)
* DH (Uditiva)
* EH (Psicofisica)
 |

N.B. Tutta la documentazione è consultabile presso l’ufficio di presidenza della scuola nel fascicolo personale.

|  |  |
| --- | --- |
| NUMERO ALUNNI DELLA CLASSE:  | n.\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| NUMERO ALUNNI CON B.E.S. NELLA CLASSE  | n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di cui n.\_\_\_\_\_\_ disabili |

**CURRICULUM SCOLASTICO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ANNO SCOLASTICO | SCUOLA (indicare ordine es. infanzia e Istituto frequentato) | CLASSE / SEZ. |
| 2014/15 |  |  |
| 2013/14 |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

*N.B. Inserire l’intero curriculum scolastico.*

**DOCUMENTI SPECIALISTICI**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| LA SCUOLA E’ IN POSSESSO DELLA CERTIFICAZIONE MEDICA | SI | NO | Data Rilascio: |
| VERBALE DI ACCERTAMENTO | SI | NO | Data Scadenza: |
| DIAGNOSI CLINICA E FUNZIONALE | SI | NO | Data Revisione: |
| PROFILO DINAMICO FUNZIONALE | SI | NO | Data Scadenza: |
| PEI ANNO SCOLASTICO PRECEDENTE | SI | NO |  |
| RICHIESTA SOSTEGNO E LIBERATORIA PRIVACY | SI | NO |  |
| ALTRI DOCUMENTI:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | SI | NO |  |

**INTERVENTI SOCIO-EDUCATIVI**

***SERVIZIO E INTERVENTI DI SUPPORTO INTEGRATI CON ENTE PREPOSTO***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **INTERVENTI RIABILITATIVI** | SI | NO |
| SE SI QUALI? |  |
| IN ORARIO SCOLASTICO | SI | NO |
| *Se SI allegare quadro orario del centro di riabilitazione nello schema inserito nelle pagine successive* |
| NOMINATIVO DELL’OPERATORE |  |
| TIPOLOGIA DELL’INTERVENTO | □ logopedico □ fisioterapico □ psicomotorio □ altro (specificare)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| MONTE ORE SETTIMANALE |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TRASPORTO SPECIFICO** | SI | NO |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TRATTAMENTI FARMACOLOGICI** | SI | NO |
| SE SI QUALI? |  |
| **TRATTAMENTI FARMACOLOGICI IN ORARIO SCOLASTICO** | SI | NO |
| SE SI QUALI? |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **OPERATORI COINVOLTI NELL’ATTUAZIONE DEGLI INTERVENTI**  | SI  | NO |
| * EDUCATORE
* ASSISTENTE IGIENICO-PERSONALE
* ASSISTENTE ALLA COMUNICAZIONE (disabilità sensoriale)
* ASSISTENTE ALL’AUTONOMIA COMUNICAZIONE (disabilità psichica )
* ALTRO(specificare)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* ALTRO(specificare)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |  |
| Se SI indicare il nome e cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| IN ORARIO SCOLASTICO | SI | NO |
| Monte ore settimanale*Inserire il quadro orario nello schema indicato successivamente* |  |
| EDUCATORE DOMICILIARE | SI | NO |
| Nome e Cognome |  |
| Monte ore settimanale |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ATTIVITA’ SCOLASTICHE POMERIDIANE** | SI  | NO |
| SE SI QUALI? |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ATTIVITA’ EXTRASCOLASTICHE** | SI | NO |
| SE SI QUALI? | □ gruppo sportivo □ centri di aggregazione □ centro diurno □ altro |
| DOVE? |  |
| NOMI OPERATORE DI RIFERIMENTO  |  |
| Monte ore settimanale |  |

|  |
| --- |
| **QUADRO FAMILIARE** |
| Grado di parentela | Nome Cognome | Età | Studi Compiuti | Professione |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| L’alunno vive in famiglia | SI | NO |  |
| Indicare dove vive: | □ Convitto □ Semi convitto □Affido □ Adozione □ Comunità Specificare la struttura che lo accoglie: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Nome Figura di Riferimento  |  |

|  |
| --- |
| **CARATTERISTICHE COMPORTAMENTALI** |
| * Aggressività
 | SI | NO | * Dipendenza
 | SI | NO |
| * Partecipazione
 | SI | NO | * Accettazione delle regole
 | SI | NO |
| * Eventuali altre osservazioni o descrizione sintetica :
 |
| **STRATEGIE PER L’EMERGENZA** |
| *In presenza di crisi momentanee dell’alunno ( determinate da fattori legati alla specifica disabilità e/o alle esperienze scolastiche ed extrascolastiche o dell’assenza di figure di riferimento, ecc.) descrivere le caratteristiche dell’emergenza e le strategie adottate per superarla.**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |

**Ai sensi del Decreto Legge 31-05-2010 art. 10 comm.5, sono state assegnate le seguenti risorse per l’anno scolastico corrente**:

* Numero di ore di sostegno:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Numero di ore di servizio di assistenza all’autonomia/comunicazione ( disabilità psichica)….
* Numero di ore di servizio di assistenza alla comunicazione ( disabilità sensoriale) …….
* Servizio di assistenza igienico personale
* Altri operatori coinvolti nell’attuazione degli interventi (specificare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Servizio di trasporto.

**QUADRO ORARIO CLASSE/SEZIONE**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | LUNEDI | MARTEDI | MERCOLEDI | GIOVEDI | VENERDI | SABATO |
| 1^ ora |  |  |  |  |  |  |
| 2^ ora |  |  |  |  |  |  |
| 3^ ora |  |  |  |  |  |  |
| 4^ ora |  |  |  |  |  |  |
| 5^ ora |  |  |  |  |  |  |
| 6^ ora |  |  |  |  |  |  |
| 7^ ora |  |  |  |  |  |  |
| 8^ ora |  |  |  |  |  |  |

**QUADRO ORARIO DOCENTE DI SOSTEGNO E ASSISTENTE ALLA COMUNICAZIONE E/O AUTONOMIA E/O EDUCATORE O ALTRO**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | LUNEDI | MARTEDI | MERCOLEDI | GIOVEDI | VENERDI | SABATO |
| 1^ ora |  |  |  |  |  |  |
| 2^ ora |  |  |  |  |  |  |
| 3^ ora |  |  |  |  |  |  |
| 4^ ora |  |  |  |  |  |  |
| 5^ ora |  |  |  |  |  |  |
| 6^ ora |  |  |  |  |  |  |
| 7^ ora |  |  |  |  |  |  |
| 8^ ora |  |  |  |  |  |  |

**N.B**. *INSERIRE L’ASTERISCO\* PER INDICARE LA PRESENZA DELL’ASSISTENTE E SPECIFICARE LA*

 *TIPOLOGIA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**QUADRO ORARIO TERAPIE RIABILITATIVE IN ORARIO SCOLASTICO**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | LUNEDI | MARTEDI | MERCOLEDI | GIOVEDI | VENERDI | SABATO |
| 1^ ora |  |  |  |  |  |  |
| 2^ ora |  |  |  |  |  |  |
| 3^ ora |  |  |  |  |  |  |
| 4^ ora |  |  |  |  |  |  |
| 5^ ora |  |  |  |  |  |  |
| 6^ ora |  |  |  |  |  |  |
| 7^ ora |  |  |  |  |  |  |
| 8^ ora |  |  |  |  |  |  |

**ANALISI DELLA SITUAZIONE DI PARTENZA**

Indicare i livelli di competenza raggiunti e le difficoltà. Descrivere i punti di Forza, i punti di Criticità ed i Bisogni Formativi dell’alunno

***AMBITO COGNITIVO E NEUROPSICOLOGICO***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *LIVELLO DI SVILUPPO COGNITIVO* | * senso motorio
* preoperatorio
* operazioni concrete
* operazioni formali
 | PUNTI DI FORZA | PUNTI DI CRITICITA’ | BISOGNI FORMATIVI |
| *STRATEGIE ADOTTATE DALL’ALUNNO* | * Intuitiva (esplorativa e manipolativa)
* Semilogica (rappresentativo-simbolica)
* Logica (reversibilità)
* Ipotetico-deduttiva
 | PUNTI DI FORZA | PUNTI DI CRITICITA’ | BISOGNI FORMATIVI |
| *MODALITA’ DI INTEGRAZIONE* *DELLE COMPETENZE* | * Schema motorio- percettivo
* Schema simbolico

 * Schema logico
* Schema sensoriale:

 1) vista 2) udito | PUNTI DI FORZA | PUNTI DI CRITICITA’ | BISOGNI FORMATIVI |
|  *MEMORIA* | * Breve termine
* Lungo temine
* Visiva
* Uditiva
* Rievocativa
 | PUNTI DI FORZA | PUNTI DI CRITICITA’ | BISOGNI FORMATIVI |
| *ATTENZIONE* | * Labile
* Discontinua
* Se motivato
* Se stimolato
 | PUNTI DI FORZA | PUNTI DI CRITICITA’ | BISOGNI FORMATIVI |

***AMBITO LINGUISTICO- ESPRESSIVO***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| COMPRENSIONE | * Messaggi verbali semplici
* Messaggi verbali complessi
* Testi scritti semplici
* Testi scritti complessi
 | PUNTI DI FORZA | PUNTI DI CRITICITA’ | BISOGNI FORMATIVI |
| PRODUZIONE | * ORALE:

1)dislalia2)disartria3)parola frase4)lettura* SCRITTA
 | PUNTI DI FORZA | PUNTI DI CRITICITA’ | BISOGNI FORMATIVI |
| USO DI LINGUAGGI ALTERNATIVI E/O INCLUSIVI | * Mimico -gestuale
* Grafico-pittorico
* Musicale
* Dialettale
* altro
 | PUNTI DI FORZA | PUNTI DI CRITICITA’ | BISOGNI FORMATIVI |

***AMBITO LOGICO - MATEMATICO***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| COMPRENSIONE | * forme
* colori
* topologia
* classificazione
* seriazione
* quantità
* numeri da..a…
* tabelline
 | PUNTI DI FORZA | PUNTI DI CRITICITA’ | BISOGNI FORMATIVI |
| PRODUZIONE | * forme
* colori
* topologia
* classificazione
* seriazione
* quantità
* numeri da..a..
* tabelline
* calcolo
* soluzione di problemi
 | PUNTI DI FORZA | PUNTI DI CRITICITA’ |  BISOGNI FORMATIVI |

***AMBITO MOTORIO PRASSICO***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| MOTRICITA’ GLOBALE | * Stazione eretta
* Deambulazione
* Coordinazione dinamica generale
 | PUNTI DI FORZA | PUNTI DI CRITICITA’ | BISOGNI FORMATIVI |
| MOTRICITA’ FINE | * Coordinazione oculo manuali
* Prassie semplici
* Prassie complesse
 | PUNTI DI FORZA | PUNTI DI CRITICITA’ | BISOGNI FORMATIVI |

***AMBITO SENSORIALE E PERCETTIVO***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| FUNZIONALITA’ VISIVA | * nella norma
* uso di protesi
 | PUNTI DI FORZA | PUNTI DI CRITICITA’ | BISOGNI FORMATIVI |
| FUNZIONALITA’ UDITIVA | * nella norma
* uso di protesi
 | PUNTI DI FORZA | PUNTI DI CRITICITA’ | BISOGNI FORMATIVI |

***AMBITO STORICO - GEOGRAFICO***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ORGANIZZAZIONE SPAZIO - TEMPORALE | * Presente
* Assente
 | PUNTI DI FORZA | PUNTI DI CRITICITA’ | BISOGNI FORMATIVI |
| SEQUENZIALITA DEGLI EVENTI | * Presente
* Assente
 | PUNTI DI FORZA | PUNTI DI CRITICITA’ | BISOGNI FORMATIVI |

***AMBITO DELL’AUTONOMIA***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| PERSONALE | * alimentazione
* servizi igienici
* stereotipie
* malori ricorrenti
 | PUNTI DI FORZA | PUNTI DI CRITICITA’ | BISOGNI FORMATIVI |
| SCOLASTICA | * orientamento negli spazi
* uso di strumenti
* uso di software
 | PUNTI DI FORZA | PUNTI DI CRITICITA’ | BISOGNI FORMATIVI |

***AMBITO AFFETTIVO RELAZIONALE***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| AUTOSTIMA EMOTIVITA’UMORE | * Insicurezza
* Inibizione
* Isolamento
* Tollerantza alle Frustrazioni
* Angosciato
* Aggressivo
 | PUNTI DI FORZA | PUNTI DI CRITICITA’ | BISOGNI FORMATIVI |
| MOTIVAZIONE | * Interessi in ambito scolastico
* Interessi in ambito extrascolastico
 | PUNTI DI FORZA | PUNTI DI CRITICITA’ | BISOGNI FORMATIVI |
| PARTECIPAZIONE | * Attiva
* Gregaria
* Passiva
* Spontanea
 | PUNTI DI FORZA | PUNTI DI CRITICITA’ | BISOGNI FORMATIVI |
| RELAZIONE INTERPERSONALE | * Relazione con I coetanei
* Relazione con adulti
 | PUNTI DI FORZA | PUNTI DI CRITICITA’ | BISOGNI FORMATIVI |
| INTEGRAZIONE / INCLUSIONE |  | PUNTI DI FORZA | PUNTI DI CRITICITA’ | BISOGNI FORMATIVI |

**P.E.D.**

**ANNO SCOLASTICO 2017/18**

**PROGETTO EDUCATIVO DIDATTICO**

**( EX ART. 41 – D.M. 331\98 )**

|  |
| --- |
| ***PROGRAMMAZIONE DIDATTICA*** |
| In considerazione della situazione dell’alunno, il Consiglio di Classe decide di adottare una programmazione (indicare con chiarezza quale): |
| * Coincidente con quella della classe ma con tempi più lunghi;

  |
| * Semplificata , che prevede il perseguimento di obiettivi e contenuti minimi;
 |
| * Differenziata , elaborata su misura per l’alunno e non riconducibile ai programmi ministeriali;
 |
| * Parzialmente Differenziata semplificata in alcuni ambiti e precisamente con gli obiettivi e i contenuti minimi solo nelle seguenti materie riportate a fianco
 | **Materie**  |

* *Si ricorda che per le scuole Secondarie di Secondo Grado la Programmazione*

 *Differenziata e Parzialmente differenziata non consentono il rilascio di un titolo*

 *legalmente riconosciuto.*

* *Per quanto riguarda la programmazione e gli obiettivi delle singole discipline sono*

 *consultabili su richiesta.*

*Sulla base dell’analisi della situazione di partenza indicare le linee generali dei percorsi da attivare nel corso dell’anno. In questo quadro vengono delineate le progettualità di massima relative a quegli aspetti delle funzioni, delle relazioni e degli apprendimenti che meritano di essere prese in considerazione*

|  |
| --- |
| * ***AREA COGNITIVA E NEUROPSICOLOGICA***
 |
| ***Traguardi formativi per lo sviluppo delle competenze:*** |
| ***Obiettivi apprendimento:*** |
| ***Contenuti e Attività:*** |

|  |
| --- |
| * ***AREA LINGUISTICO - ESPRESSIVA***
 |
| ***Traguardi formativi per lo sviluppo delle competenze:*** |
| ***Obiettivi apprendimento:*** |
| ***Contenuti e Attività:*** |

|  |
| --- |
| * ***AREA LOGICO - MATEMATICA***
 |
| ***Traguardi formativi per lo sviluppo delle competenze:*** |
| ***Obiettivi apprendimento:*** |
| ***Contenuti e Attività:*** |

|  |
| --- |
| * ***AREA MOTORIO - PRASSICA***
 |
| ***Traguardi formativi per lo sviluppo delle competenze:*** |
| ***Obiettivi apprendimento:*** |
| ***Contenuti e Attività:*** |

|  |
| --- |
| * ***AREA DELLE AUTONOMIE***
 |
| ***Traguardi formativi per lo sviluppo delle competenze:*** |
| ***Obiettivi apprendimento:*** |
| ***Contenuti e Attività:*** |

|  |
| --- |
| * ***AREA SENSORIALE - PERCETTIVA***
 |
| ***Traguardi formativi per lo sviluppo delle competenze:*** |
| ***Obiettivi apprendimento:*** |
| ***Contenuti e Attività:*** |

|  |
| --- |
| * ***AREA STORICO - GEOGRAFICA***
 |
| ***Traguardi formativi per lo sviluppo delle competenze:*** |
| ***Obiettivi apprendimento:*** |
| ***Contenuti e Attività:*** |

|  |
| --- |
| * ***AREA AFFETTIVO RELAZIONALE***
 |
| ***Traguardi formativi per lo sviluppo delle competenze:*** |
| ***Obiettivi apprendimento:*** |
| ***Contenuti e Attività:*** |

*PROPOSTA DI ATTIVAZIONE DELLE ORE DI SOSTEGNO – ASSISTENZA ALLA COMUNICAZIONE – ASSISTENZA AUTONOMIA – ASSISTENZA IGIENICO PERSONALE E ALTRI SERVIZI*

***SULLA BASE DELLE DETERMINAZIONI DEL G.L.I.S. IN RELAZIONE AL PRESENTE PROGETTO E AL P.E.I. PER L’ANNO SCOLASTICO IN CORSO E PER IL SUCCESSIVO. 2016 / 2017***

* Numero di ore di sostegno:\_\_\_\_\_\_
* Numero di ore di servizio di assistenza all’autonomia e alla comunicazione (disabilità psichica) …..
* Numero di ore di servizio di assistenza alla comunicazione (disabilità sensoriale)\_\_\_\_\_\_
* Servizio di assistenza igienico personale
* Altre figure richieste(specificare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

n° ore richieste \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Servizio di trasporto
* Ausili …………… *(specificare quali)*

*Il presente Piano Educativo Individualizzato potrà subire modifiche , durante l’a.s. in un qualunque momento se ne ravvisi la necessità .*

***Il presente Piano Educativo Individualizzato è stato concordato e redatto da :***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***RUOLO*** | ***COGNOME NOME*** | ***FIRMA*** |
| (1)Docente |  |  |
| Docente |  |  |
| Docente |  |  |
| Docente |  |  |
| Docente |  |  |
| Docente di Sostegno |  |  |
| Funzione Strumentale Disabilità |  |  |
| Madre /Tutore |  |  |
| Padre / Tutore |  |  |
| Educatore / Assistente |  |  |
| Referente Centro di assistenza(in caso di inserimento in strutture) |  |  |
| Referente centro riabilitazione  |  |  |
| Referente A.S.P. |  |  |
| Referente A.S.P. |  |  |
| Referente A.S.P. |  |  |

( (1)si ricorda di inserire tutti docenti facenti parte del c.d.c. )

…………………., lì

***Il Dirigente Scolastico***