**ISTITUTO COMPRENSIVO " BRIGIDA"**

Via Cina snc - 86039 TERMOLI (CB) Tel: 0875/712861

C.F. 91055130701 - C.M. CBIC85500B - Cod.Univ.UFKTQ2 mail: [cbic85500b@istruzione.it](mailto:cbic85500b@istruzione.it)

pec: [cbic85500b@pec.istruzione.it](mailto:cbic85500b@pec.istruzione.it)

Sito Internet: [http://www.comprensivobrigida.edu.](http://www.comprensivobrigida.edu/)it

|  |
| --- |
| PIANO EDUCATIVO PERSONALIZZATO  Sezione  a favore dell’alunno:  nato a: residente a:  n. telefonico:  Scuola e classe di provenienza: |

|  |  |
| --- | --- |
| Ore settimanali di sostegno assegnate nell’anno scolastico |  |

**PROFILO DELL’ALUNNO**

**ANAMNESI**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *TIPOLOGIA DELLA DISABILITÀ* | | |
| * La scuola è in possesso di diagnosi funzionale | SI | NO |
| Data del rilascio della diagnosi funzionale |  | |
| * La scuola è in possesso di certificazione medica ………………………………………… | SI | NO |
| Data del rilascio della certificazione medica |  | |

no

sì

L’alunno fruisce, su richiesta dei genitori, di una riduzione giornaliera di ore di lezione

###### NO

Se si, in quali giorni:

Di quante ore**:**

Uscita alle ore:

**FUNZIONALITA’ PSICOMOTORIA**

|  |
| --- |
| no  sì Buona coordinazione motoria generale Dominanza laterale:  destra  sinistra  crociata  non acquisita      no  sì  Buona motricità fine    no  no  sì  sì  Disgrafia Dislessia    no  sì  Buona coordinazione spazio-temporale |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***EVENTUALI INTERVENTI RIABILITATIVI IN ORARIO SCOLASTICO*** | | | | |
| Data degli interventi | Tempi | Operatore di riferimento | Modalità | Incontri scuola/operatore ai fini del raccordo |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| ***EVENTUALI INTERVENTI RIABILITATIVI IN ORARIO EXTRASCOLASTICO*** | | | | |
| Data degli interventi | Tempi | Operatore di riferimento | Modalità | Incontri scuola/operatore ai fini del raccordo |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **INTERVENTI EDUCATIVI TERRITORIALI** | |
| L’alunno fruisce anche di assistenti offerti da altri Enti, oltre all’insegnante di sostegno? no  no  sì  sì | | |
| In **orario scolastico**  no | Se sì, per n° ………. ore a settimana | |
| Ente erogatore del servizio: .............................................. | |
| Tipo di intervento: ............................................................. | |
| Tempi: ............................................................................... | |
| Modalità: ........................................................................... | |
| Nominativo/i dell’assistente/i educatore ........................... | |
|  |  |
| In **orario extra - scolastico**  sì | Se si, per n° ………. ore a settimana | |
| Ente erogatore del servizio: .............................................. | |
| Tipo di intervento: ............................................................. | |
| Nominativo/i dell’assistente/ educatore ............................. | |

**CARATTERISTICHE COMPORTAMENTALI**

|  |
| --- |
|  |

**PROFILO DIDATTICO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Anno scolastico | Scuola frequentata | Sezione | Tipo di frequenza  (regolare/irregolare) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**ANALISI DELLA SITUAZIONE DI PARTENZA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Area logico - matematica** :(forme e colori, concetti topologici, processi di seriazione e di classificazione, concetto di quantità e di numero, calcolo scritto e mentale**,** logica, risoluzioni di problemi, capacità di astrazione).  **Area psicomotoria**: (schema corporeo, percezione, coordinazione motoria, lateralizzazione e coordinazione oculo-manuale, orientamento spazio-temporale, motricità fine, motricità globale, funzionalità visiva e uditiva, autonomia personale).  **Area linguistico – espressiva**: (ascolto, comprensione e produzione dei linguaggi verbali e non verbali, lettura, scrittura, competenze linguistiche, capacità comunicative ed espressive).  *.*  **Area cognitiva:** (livello di sviluppo cognitivo, attenzione, memoria, processi di selezione – recupero - elaborazione dell’informazione, tempi e modalità di apprendimento).  **Area affettivo - relazionale**: (autostima, motivazione, partecipazione, relazione interpersonale, integrazione).  **ORARIO SETTIMANALE**  **Orario dell’insegnante di sostegno:**   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | ORA | LUNEDÍ | MARTEDÍ | MERCOLEDÍ | GIOVEDÍ | VENERDÍ | SABATO | | 1 |  |  |  |  |  |  | | 2 |  |  |  |  |  |  | | 3 |  |  |  |  |  |  | | 4 |  |  |  |  |  |  | | 5 |  |  |  |  |  |  | |

**PIANO EDUCATIVO INDIVIDUALIZZATO**

**a.s. 2020/2021**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Area Cognitivo**  **Neuropsicologica**  **(IL SE’ E L’ALTRO)** | **Obiettivi**  **individualizzati di apprendimento** | **Strategie didattiche e attività** | **Indicatori di competenza** |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Area linguistico – espressivo e comunicativa**  **(I DISCORSI E LE**  **PAROLE)** | **Obiettivi**  **individualizzati di apprendimento** | **Strategie didattiche e attività** | **Indicatori di competenza** |
|  |  |  |  |
| **Area logico – matematica**  **(LA CONOSCENZA DEL MONDO)** | **Obiettivi**  **individualizzati di apprendimento** | **Strategie didattiche e attività** | **Indicatori di competenza** |
|  |  |  |  |
| **Area Antropologica (IMMAGINI, SUONI E COLORI)** | **Obiettivi individualizzati di apprendimento** | **Strategie didattiche e attività** | **Indicatori di competenza** |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Area psico – motoria (IL CORPO E IL MOVIMENTO)** | **Obiettivi individualizzati di apprendimento** | **Strategie didattiche e attività** | **Indicatori di competenza** |
| **VERIFICA E VALUTAZIONE** | | | | | |
|  | | | | | |
| **METODOLOGIE E STRATEGIE PER FAVORIRE L’INTEGRAZIONE E FACILITARE L’APPRENDIMENTO** | | | | | |
|  | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| * **Il Dirigente scolastico** * **Unità multidisciplinare** | ………………………………………………………  ……………………………………………………….  .......................................................................... |
| * **Insegnanti della sezione** | ............................................................................ |
|  | ........................................................................... |
|  |  |
| * **Insegnante di sostegno** | ………………..................................................... |
| * **I genitori** | ...........................................................................  ............................................................................ |
|  |  |
| **Ter** |  |

Termoli, *(data GLO) …………………………….*