**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

pec: cbic85500b@pec.istruzione.it

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

|  |
| --- |
| PIANO EDUCATIVO PERSONALIZZATOSezione 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) …………………………….*