



ISTITUTO COMPRENSIVO "SATTA-SPANO-DE AMICIS"

VIA G.M. ANGIOY, 8 – 09124 CAGLIARI

TEL. 070/663225

E-mail: caic867003@istruzione.it PEC: caic867003@pec.istruzione.it

PIANO EDUCATIVO INDIVIDUALIZZATO

PLESSO SCUOLA DELL'INFANZIA - _____

Anno Scolastico: **2019/2020**

Sezione _____

ALUNNO		
Cognome	Nome	data di nascita
luogo di nascita	residenza	Telefono

NUMERO DI ALUNNI DELLA SEZIONE:

NUMERO DI ALUNNI CON BES NELLA SEZIONE

(numero inferiore o superiore)

QUADRO ORARIO CLASSE

	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato
1 ^a ora						
2 ^a ora						
3 ^a ora						
4 ^a ora						
5 ^a ora						
6 ^a ora						
7 ^a ora						
8 ^a ora						

QUADRO ORARIO DOCENTE DI SOSTEGNO

	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato
1 ^a ora						
2 ^a ora						
3 ^a ora						

4 ^a ora						
5 ^a ora						
6 ^a ora						
7 ^a ora						
8 ^a ora						

Sintesi diagnosi funzionale:

La scuola è in possesso di certificazione medica	SI	NO	<i>Data:</i>
La scuola è in possesso della L.104	SI	NO	<i>Data: revisione:</i>
La scuola è in possesso di Diagnosi Funzionale	SI	NO	<i>Data</i>

CARATTERISTICHE FISICHE						
▪ Buono stato di salute	SI	NO	▪ Difficoltà di fonazione	SI	NO	
▪ Armonia sta/ponderale	SI	NO	se si quali?			
▪ Presenta dismorfismi	SI	NO				
se si quali? _____				▪ Buona funzionalità visiva	SI	NO
				▪ Buona funzionalità uditiva	SI	NO
▪ Utilizza protesi sanitarie o ausili tecnici				SI	NO	
Se si quali? _____						
Esperienze scolastiche precedenti:						

▪ Interventi riabilitativi	SI	NO
Se si quali? _____		
▪ Trattamenti farmacologici	SI	NO
▪ In orario scolastico	SI	NO
Nome somministratore e ruolo;		
N. protocollo somministrazione		

FUNZIONALITA' PSICOMOTORIA			
▪ Coordinazione dinamica generale		SI	NO
▪ Dominanza laterale:	destra ☐	sinistra ☐	
	crociata ☐	non acquisita ☐	

▪ Motricità fine	SI	NO
▪ Coordinazione spazio – temporale	SI	NO

CARATTERISTICHE COMPORTAMENTALI					
▪ Aggressività	SI	NO	▪ Dipendenza	SI	NO
▪ Partecipazione	SI	NO	▪ Accettazione regole	SI	NO
▪ Eventuali altre osservazioni:					

EXTRASCUOLA ED EDUCATIVA					
Ha l'educatore a scuola monte h:	SI	NO	Ha l'educatore a casa	SI	NO
Fa attività extrascolastiche	SI	NO			
Se sì, quali:					

QUADRO FAMILIARE				
Grado di parentela	Nome e Cognome	Età	Studi compiuti	Professione
▪ L'alunno vive in famiglia		SI	NO	
Se no dove? _____				

VALUTAZIONE DELLE CAPACITA' E COMPETENZE ACQUISITE:

Per ogni area interessata si definiscano gli obiettivi.

AREA DELLE AUTONOMIE

	Insoddisfacente	Appena soddisfacente	Soddisfacente	Annotazioni
CONTROLLO SFINTERICO				
IGIENE PERSONALE				
ALIMENTAZIONE				

OBIETTIVI:

(se necessario specificare se a breve, medio e lungo termine).

AREA SENSORIALE-PERCETTIVA

	Insoddisfacente	Appena soddisfacente	Soddisfacente	Annotazioni
FUNZIONALITA' VISIVA				
FUNZIONALITA' UDITIVA				
FUNZIONALITA' TATTILE				
FUNZIONALITA' OLFATTIVA				
FUNZIONALITA' GUSTATIVA				

OBIETTIVI:

(se necessario specificare se a breve, medio e lungo termine).

AREA SOCIO-AFFETTIVA-RELAZIONALE

	Insoddisfacente	Appena soddisfacente	Soddisfacente	Annotazioni
AUTOSTIMA				
RAPPORTO CON I COMPAGNI				
RAPPORTO CON GLI ADULTI				
RISPETTO DELLE REGOLE				
RISPETTO DELLE COSE				
PERCEZIONE DEL SE'				
COLLABORAZIONE				
PARTECIPAZIONE				
AUTOCONTROLLO				
AUTONOMIA SOCIALE				

OBIETTIVI:

(se necessario specificare se a breve, medio e lungo termine).

AREA PSICO-MOTORIA-PRASSICA

	Insoddisfacente	Appena soddisfacente	Soddisfacente	Annotazioni
SCHEMA CORPOREO				
PERCEZIONE				
COORDINAZIONE MOTORIA				
LATERALIZZAZIONE				
COORDINAZIONE OCULO-MANUALE				
ORIENTAMENTO SPAZIO- TEMPORALE				
MOTRICITA' FINE				
MOTRICITA' GLOBALE				

OBIETTIVI:

(se necessario specificare se a breve, medio e lungo termine).

AREA COMUNICATIVO-LINGUISTICA

	Insoddisfacente	Appena soddisfacente	Soddisfacente	Annotazioni
ASCOLTO				
COMPRENSIONE VERBALE				
COMPRENSIONE NON VERBALE				
PRODUZIONE VERBALE				
PRODUZIONE NON VERBALE				
VOCABOLARIO ADEGUATO ALL'ETA'				

OBIETTIVI:

(se necessario specificare se a breve, medio e lungo termine).

AREA LOGICO-MATEMATICA

	Insoddisfacente	Appena soddisfacente	Soddisfacente	Annotazioni
ACQUISIZIONE CONCETTI TOPOLOGICI				
RICONOSCIMENTO COLORI				
PROCESSI DI SERIAZIONE				
PROCESSI DI CLASSIFICAZIONE				
RISOLUZIONE PROBLEMI				

OBIETTIVI:

(se necessario specificare se a breve, medio e lungo termine).

AREA COGNITIVO E NEUROPSICOLOGICA

	Insoddisfacente	Appena soddisfacente	Soddisfacente	Annotazioni
ATTENZIONE				
MEMORIA				
COMPRENSIONE				
ORGANIZZAZIONE SPAZIO- TEMPORALE				

OBIETTIVI:

(se necessario specificare se a breve, medio e lungo termine).

IPOTESI OPERATIVA
(Metodologie didattiche e tecniche operative)

RISORSE
(Spazi, materiali e sussidi didattici)

MODALITA' DELL'INSERIMENTO
(Nella sezione, nella classe, nel plesso)

PERSONALE IMPIEGATO NEL PROGETTO EDUCATIVO E AMBITO DI COMPETENZA
(docenti di classe, sostegno, assistente qualificato, collaboratori scolastici, operatore a.s.l.,
genitore o tutore, altre figure professionali)

CRITERI E MODALITA' DI VALUTAZIONE

Firme per la condivisione del documento

Cognome	nome	ruolo	Firma
		docente	
		docente	
		docente	
		docente	
		docente	
		docente	
		docente	
		tutore	
		referente A.S.L.	
		referente centro convenzionato	
		funzione strumentale per l'inclusione	
		docente di sostegno	
		educatore	
		madre/tutore	
		padre/tutore	

(Incontro preliminare del Consiglio di Intersezione per la definizione del P.E.I. : riunione del ...-...-2019)

_____ , _____

Il Dirigente Scolastico