

**ISTITUTO OMNICOMPRENSIVO “D. BORRELLI”**

**LICEO CLASSICO - SCUOLA DI BASE**

 Santa Severina - Roccabernarda (KR)

 Via Mattia Preti, 1 - 88832 SANTA SEVERINA (KR)

 Codice Univoco di fatturazione elettronica UFJEUS

 [www.ioborrelli.gov.it](http://www.ioborrelli.gov.it)

C.F. 91021720791 – Tel. 0962/51055 – Fax 09621783011 – e-mail **kric825009@istruzione.it****KRPC010002@istruzione.it**

**PIANO EDUCATIVO INDIVIDUALIZZATO**

su base I.C.F.

ALUNNO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Classe \_\_ª, Sez. \_\_

Grado di Scuola:

*Anno Scolastico 201\_/201\_*

Insegnante di Sostegno: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Data di compilazione:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PARTE PRIMA: DATI DELL’ALUNNO/A**

|  |  |
| --- | --- |
| COGNOME: |  |
| NOME: |  |
| LUOGO E DATA DI NASCITA: |  |
| RESIDENZA: |  |
| TELEFONO: |  |
| EVENTUALI NOTE |  |

*COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| COGNOME E NOME | RUOLO | EVENTUALI ANNOTAZIONI |
|  |  |  |
|  |  |  |

*DATI SCOLASTICI*

|  |
| --- |
| Iscritto nell’a.s. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alla scuola:1. Dell’infanzia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2. Primaria\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_3. Secondaria di I grado\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_4. Secondaria di II grado\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Sezione |  | Corso |  | Numero di ore settimanali di lezione  |  |
|  |
| Organizzazione dell’orario giornaliero con indicazione delle pause |  |
|  |
| con pausa | [ ]  | senza pausa | [ ]  |
|  |
| Alunni frequentanti la classe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di cui DVA : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Altri BES: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

*RISORSE UMANE DISPONIBILI PER IL PROCESSO DI INCLUSIONE*

Docente di sostegno (ore settimanali) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Collaboratore scolastico *(indicare per quali bisogni)*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Personale educativo assistenziale (ore settimanali) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Altre figure (specificare quali e ore settimanali): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*NOTE INFORMATIVE:*

Assunzione di farmaci (specificare tipo e frequenza) □ SI □ NO

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assunzione di farmaci in ambito scolastico □ SI □ NO

(specificare tipo e frequenza e chi ne è responsabile)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Eventuali altre problematiche di cui tener conto (crisi epilettiche, problemi particolari, allergie .)

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*INTERVENTI RIABILITATIVI:*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Tipi di trattamento | N° ore | Struttura | Note: indicare quali interventi sono attivi, - esempio logopedia, psicomotricità, ecc… - se avvengono in orario scolastico o, se sono Asl o privati |
| Riabilitazione logopedica |  |  |  |
| Riabilitazione neuropsicomotoria |  |  |  |
| Riabilitazione FKT |  |  |  |
| Intervento psicologico |  |  |  |
| Attività socio-sanitarie |  |  |  |
| Attività dei familiari |  |  |  |
| Altre attività (specificare) |  |  |  |

*AMBIENTE E ACCOGLIENZA:*

* Descrizione dell’ambiente:
* scuola (barriere architettoniche, struttura, collocazione socio territoriale… )
* classe ( clima, positività, difficoltà, alunni con bisogni educativi speciali, altri alunni in situazione di handicap, organizzazione del sostegno complessivo, …)
* Accoglienza: ( indicare se e come sono stati realizzati progetti specifici: progetto continuità, progetto accoglienza… )

*RAPPORTI CON LA FAMIGLIA:*

* Descrizione delle aspettative della famiglia nei confronti della scuola, degli insegnanti…
* Punto di vista della persona (quando possibile) in merito alle scelte previste nel PEI
* Modalità di collaborazione scuola/famiglia (come si decide di collaborare)
* Definizione degli obiettivi formativi condivisi
* Indicare i tempi e le modalità di incontro

**PARTE SECONDA: PROFILO DELL’ALUNNO**

**DIAGNOSI FUNZIONALE EDUCATIVA :**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**PROFILO DI FUNZIONAMENTO:**

1. FUNZIONI E STRUTTURE CORPOREE:

*Descrizione della disabilità e del profilo di funzionamento del soggetto circa le funzioni e le strutture corporee quali:*

* funzioni mentali (attenzione, memoria, psicomotorie, emozionali, percettive, pensiero, cognitive di base, cognitive di livello superiore, linguaggio, calcolo, sequenza dei movimenti complessi, esperienza del sé e del tempo)
* funzioni sensoriali (visive, uditive, sensoriali del gusto, dell’olfatto, del tatto, percezione del dolore)
* funzioni dell’eloquio (voce, articolazione della voce, fluidità e ritmo dell’eloquio, vocalizzazione alternativa, altro)
* Funzioni neuro-muscoloscheletriche e correlate al movimento (in relazione ai dati acquisiti dalla certificazione)

2. ATTIVITÀ PERSONALI:

*Descrizione dei punti di forza (CAPACITÀ e PERFORMANCE) e dei punti di debolezza ( DEFICIT, CARENZE). Indicare gli elementi che ostacolano – BARRIERE- e che facilitano – FACILITATORI- la PERFORMANCE*

1. Apprendimento e applicazione delle conoscenze:

* Esperienze sensoriali intenzionali (guardare, ascoltare, altro)
* Apprendimento di base (copiare, imparare attraverso le azioni con gli oggetti, acquisire informazioni, acquisire il linguaggio, ripetere, acquisire concetti, imparare a leggere, imparare a scrivere, imparare a calcolare, acquisizione di abilità e pratiche, altro)
* Applicazione delle conoscenze (focalizzare l’attenzione, dirigere l’attenzione, pensare, leggere, scrivere, calcolare, risoluzione di problemi, prendere decisioni)

2. Compiti e richieste generali (intraprendere un compito singolo, intraprendere compiti articolati, eseguire

la routine quotidiana, gestire la tensione e altre richieste di tipo psicologico, controllare il proprio comportamento

3. Comunicazione (verbale e non verbale)

* Comunicazione-ricevere (comunicare e ricevere messaggi verbali, non verbali, nel linguaggio dei segni, con messaggi scritti)
* Comunicazione-produrre (parlare, vocalizzazione prelinguistica, cantare, produrre messaggi non verbali, produrre messaggi nel linguaggio dei segni, scrivere messaggi)
* Conversazione e uso di strumenti e tecniche di comunicazione (conversazione, discussione, utilizzo di strumenti e tecniche di comunicazione, conversazione e uso di strumenti e tecniche di comunicazione)

 4. Mobilità

* Cambiare e mantenere una posizione corporea (cambiare la posizione corporea di base, mantenere una posizione corporea, trasferirsi)
* Trasportare, spostare e maneggiare oggetti (sollevare e trasportare oggetti, spostare oggetti con gli arti inferiori, uso fine della mano, uso della mano e del braccio, uso fine del piede)
* Camminare e spostarsi (camminare, spostarsi, spostarsi usando apparecchiature/ausili)

5. Cura della propria persona (lavarsi, prendersi cura di singole parti del corpo, bisogni corporali, vestirsi, mangiare, bere, prendersi cura della propria salute, badare alla propria sicurezza)

6. Interazioni e relazioni interpersonali

* Interazioni interpersonali generali (interazioni interpersonali semplici, interazioni interpersonali complesse e/o generali)
* Relazioni interpersonali particolari (entrare in relazione con estranei, relazioni formali, relazioni sociali informali, relazioni familiari)

PARTECIPAZIONE SOCIALE:

*Descrizione dei punti di forza (CAPACITÀ e PERFORMANCE) e dei punti di debolezza ( DEFICIT, CARENZE). Indicare gli elementi che ostacolano – BARRIERE- e che facilitano – FACILITATORI- la PERFORMANCE*

* Vita sociale, civile e di comunità
* Autonomia sociale
* Interazioni interpersonali e qualità dell’inclusione
* Progetto di vita

FATTORI CONTESTUALI AMBIENTALI:

*Evidenziare i fattori ambientali e in quale misura essi influenzano positivamente o negativamente la capacità del soggetto ad eseguire compiti o azioni o il suo funzionamento e la sua partecipazione ad un contesto sociale.*

* Prodotti e tecnologia
* Ambiente scolastico
* Relazioni e sostegno sociale

FATTORI CONTESTUALI PERSONALI:

*Evidenziare i fattori personali e in quale misura essi influenzano positivamente o negativamente la capacità del soggetto ad eseguire compiti o azioni o il suo funzionamento e la sua partecipazione ad un contesto sociale.*

* Stile di attribuzione
* Autoefficacia
* Autostima
* Emotività
* Comportamenti problema
* Motivazione

**PARTE TERZA: PROGRAMMAZIONE DIDATTICO – EDUCATIVO**

L’alunno segue, per decisione unanime del Consiglio di Classe, sentito il parere dei genitori, del Gruppo di Lavoro per l’Inclusione e dell’A.S.L di competenza, una

** Programmazione curricolare di classe**

** Programmazione per obiettivi minimi**

** Programmazione differenziata per le seguenti discipline:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

** Programmazione differenziata in tutte le discipline**

**Note**

**CONTRATTO FORMATIVO**

|  |
| --- |
| **1. AREA o DISCIPLINA:**  |
| Competenze |  |
| Abilità |  |
| Conoscenze |  |
| Contenuti |  |
| Metodologie, tecniche e strategie didattiche |  |
| Modalità di verifica e valutazione degli apprendimenti |  |

**Prospetto orario settimanale della classe**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Orario** | **Lunedì** | **Martedì** | **Mercoledì** | **Giovedì** | **Venerdì** | **Sabato** |
|       –       |       |       |       |       |       |       |
|       –       |       |       |       |       |       |       |
|       –       |       |       |       |       |       |       |
|       –       |       |       |       |       |       |       |
|       –       |       |       |       |       |       |       |
|       –       |       |       |       |       |       |       |
|       –       |       |       |       |       |       |       |
|       –       |       |       |       |       |       |       |

**Orario del sostegno all’alunno\***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Orario** | **Lunedì** | **Martedì** | **Mercoledì** | **Giovedì** | **Venerdì** | **Sabato** |
|       –       |       |       |       |       |       |       |
|       –       |       |       |       |       |       |       |
|       –       |       |       |       |       |       |       |
|       –       |       |       |       |       |       |       |
|       –       |       |       |       |       |       |       |
|       –       |       |       |       |       |       |       |
|       –       |       |       |       |       |       |       |
|       –       |       |       |       |       |       |       |

LEGENDA:

 presenza docente di sostegno: S presenza educatore: E compresenza: C

L’alunno frequenta la scuola per \_\_\_\_\_ ore settimanali.

Se ridotto spiegare le motivazioni e/o le attività svolte fuori dalla scuola in orario scolastico:

 **VERIFICHE DEL PRESENTE P.E.I.**

Il presente Piano Educativo Individualizzato verrà sottoposto a verifiche e conseguente ridefinizione periodica in qualunque momento il consiglio di classe, su proposta di uno qualunque di suoi componenti, ne ravvisi la necessità. La verifica dei risultati raggiunti e della congruenza delle scelte effettuate avviene in via ordinaria in coincidenza con le verifiche periodiche trimestrali/quadrimestrali.

Di ciascuna delle sedute di verifica si redige una relazione che viene riportata in allegato.

|  |  |
| --- | --- |
| DATE DELLE VERIFICHE | BREVE DESCRIZIONE DELLE DECISIONI PRESE |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|   |  |
|  |  |

**EVENTUALI INTERVENTI INTEGRATI ALLA**

**PROGRAMMAZIONE DIDATTICO-EDUCATIVA**

|  |
| --- |
| Progetti didattici curriculari |
| Progetti didattici extracurriculari |
| Interventi educativi integrati nel territorio (percorsi scuola lavoro, stages ecc ) |
| Altro |

**REDATTORI DEL PEI**

Firme dei componenti del Consiglio di Classe:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOME E COGNOME | QUALIFICA | FIRMA |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

 Firma del Dirigente Scolastico

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firme degli operatori A.S.L

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma dei genitori

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Data di approvazione P.E.I. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_