

PIANO EDUCATIVO INDIVIDUALIZZATO

ALUNNO:

Cognome _____ Nome _____

Indirizzo _____ Tel. _____

Data di nascita _____ Luogo _____

Residenza _____

Data di compilazione _____

Direzione didattica e plesso scolastico oppure scuola media _____

Sezione / Classe _____ Modulo _____ Tempo pieno _____ Tempo

prolungato

Eventuali non ammissioni agli anni successivi _____

Distretto scolastico _____ Comune _____

Ex USL _____

TIPOLOGIA DI HANDICAP

Fisico	Grave	SI	NO
Psichico	Grave	SI	NO
Sensoriale	Grave	SI	NO

I COMPONENTI DEL GRUPPO DI LAVORO INTERPROFESSIONALE:

Direttore Didattico / Preside.....

Insegnati di classe.....

.....

.....

.....

Insegnante di sostegno.....

Insegnante con competenze psicopedagogiche

.....

Membri del gruppo operativo Multiprofessionale Azienda Usl

.....

.....

.....
Eventuali altri esperti.....
Genitori.....

1. OBIETTIVI EDUCATIVI GENERALI

**(Desunti dalla diagnosi funzionale, dal profilo dinamico funzionale e dal
P.A.R.G.)**

2 – AZIONI DI INTERVENTO

a) – EDUCATIVO DIDATTICHE _____

b) – SANITARIE _____

b) – SANITARIE _____

AREA DI INTERVENTO¹ (vedi nota a fondo pagina)

OBIETTIVI SPECIFICI

METODOLOGIA (Itinerari e strategie di intervento)

RISORSE (Personale e ausili...)

VERIFICA

¹ La pagina deve essere replicata per ogni singola area di intervento prevista dl Gruppo di Lavoro Interprofessionale

AREA DI INTERVENTO² (vedi nota a fondo pagina)

OBIETTIVI SPECIFICI

METODOLOGIA (Itinerari e strategie di intervento)

RISORSE (Personale e ausili...)

² La pagina deve essere replicata per ogni singola area di intervento prevista dl Gruppo di Lavoro Interprofessionale

VERIFICA _____

AREA DI INTERVENTO³ (vedi nota a fondo pagina)

OBIETTIVI SPECIFICI _____

METODOLOGIA (Itinerari e strategie di intervento) _____

RISORSE (Personale e ausili...) _____

³ La pagina deve essere replicata per ogni singola area di intervento prevista dl Gruppo di Lavoro Interprofessionale

VERIFICA

PARTE SECONDA

VERIFICA FINALE RELATIVA AGLI OBIETTIVI EDUCATIVI GENERALI

OBIETTIVI RAGGIUNTI (Abilità acquisite)

OBIETTIVI NON RAGGIUNTI (Abilità non acquisite)

DIFFICOLTA' INCONTRATE _____

OSSERVAZIONI

I COMPONENTI DEL GRUPPO DI LAVORO INTERPROFESSIONALE

<u>U.S.L.</u>	<u>SCUOLA</u>	<u>ENTE LOCALE</u>

GENITORI

GENITORI

Firma per ricevuta _____ **Data** _____

Del documento _____