



FONDI  
STRUTTURALI  
EUROPEI

pon  
2014-2020



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca  
Dipartimento per la Programmazione  
Direzione Generale per Interventi in materia di edilizia  
scuolastica, per la gestione dei fondi strutturali per  
l'istruzione e per l'innovazione digitale  
Ufficio IV

PER LA SCUOLA - COMPETENZE E AMBIENTI PER L'APPRENDIMENTO (FSE-FESR)

Ministero dell' Istruzione dell'Università e della Ricerca  
**Istituto Comprensivo Statale "C. CARMINATI"**  
Scuola Primaria e Scuola Secondaria di 1° grado  
Via Dante 4 - 21015 - LONATE POZZOLO (VA)  
Tel 0331/66.81.62 - Fax 0331/66.17.27 - C.F. 82009120120

# PIANO EDUCATIVO INDIVIDUALIZZATO (P.E.I.)

di \_\_\_\_\_

Classe \_\_\_\_\_

Scuola primaria/secondaria \_\_\_\_\_

ANNO SCOLASTICO: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## Pagina da compilare solo nel caso in cui non sia stato effettuato l'incontro con il neuropsichiatra o lo specialista di riferimento

### **Il PEI è stato redatto sulla base:**

- \* delle osservazioni effettuate nei mesi .....
- \* del lavoro realizzato nel precedente anno scolastico
- \* delle prove d'ingresso
- \* della diagnosi funzionale
- \* dei risultati conseguiti nel corso dell'a.s. ....
- \* delle indicazioni dello specialista.....

### **Nota**

Il presente P.E.I è stato predisposto dal docente di sostegno e dall'assistente educativo con la collaborazione del consiglio di classe/interclasse e senza la collaborazione degli esperti dell' A.S.L.  
Il docente di sostegno e l'assistente educativo pertanto, compilando il PEI dell'alunno ....., adempiono a quanto previsto dalla normativa, declinando la responsabilità relativa alle sezioni medico-specialistiche dello stesso.

## PARTE PRIMA – INFORMAZIONI GENERALI

### DATI GENERALI

#### Alunno

<b>Cognome e Nome</b>	
<b>Luogo e data di nascita</b>	
<b>Residente a</b>	
<b>Via</b>	
<b>Recapito telefonico</b>	
<b>Eventuali note</b>	

#### Nucleo familiare

<b>Cognome e nome</b>	<b>Parentela</b>	<b>Coabitante (si/no)</b>	<b>Recapito telefonico</b>

## DATI DIAGNOSTICI

Ente che ha rilasciato la diagnosi	
Diagnosi redatta da	
Data del rilascio	
Data di scadenza	
Terapie svolte	
Assunzione di farmaci	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì In caso affermativo, specificare tipo e somministrazione _____ _____ _____ _____
Assunzione di farmaci in ambito scolastico	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì In caso affermativo, specificare tipo, somministrazione e somministratore _____ _____ _____ _____

Eventuali altre problematiche di cui tener conto

*(crisi epilettiche, problemi particolari, ..).*

---



---



---



---



---

## OPERATORI DEL SERVIZIO SOCIO-SANITARIO

*(neuropsichiatra, psicologo, assistente sociale, logopedista, educatori ecc.)*

Cognome e nome	Qualifica e Ente	Recapito telefonico

## PARTE SECONDA – PROGETTAZIONE ANNUALE

### DATI SCOLASTICI

Alunno _____	
Anno scolastico 20__/20__	Classe e sezione _____
Alunni presenti nella classe _____ di cui con disabilità _____	
<input type="checkbox"/> Frequenza con orario normale	
<input type="checkbox"/> Frequenza con orario ridotto ( <i>specificare</i> ) _____	
_____	
_____	
_____	
_____	
Insegnanti/coordinatore di classe	_____
Insegnante di sostegno	_____
Ore di sostegno	_____
Assistente educativo	_____
Ore di assistenza	_____
Breve descrizione delle eventuali risorse/vincoli presenti nel gruppo classe	_____
	_____
	_____
	_____

# ATTIVITÀ EXTRASCOLASTICHE

educative e riabilitative

*(logopedia, psicomotricità, seduta neuropsichiatrica...)*

---

(tipologia, giorno, orario, luogo)

---

(tipologia, giorno, orario, luogo)

---

(tipologia, giorno, orario, luogo)

---

(tipologia, giorno, orario, luogo)

---

(tipologia, giorno, orario, luogo)

---

(tipologia, giorno, orario, luogo)

**TRACCIA PER LA RELAZIONE INIZIALE**

**SETTORI DI ATTIVITA' IN CUI SI EVIDENZIANO DIFFICOLTA' E POTENZIALITA'**

**PREREQUISITI PER L'APPRENDIMENTO**

(capacità attentiva, capacità imitativa, capacità di eseguire istruzioni, capacità mnemoniche)

---

---

---

---

---

---

**AREA PSICOMOTORIA E PERCETTIVA**

SVILUPPO MOTORIO (motricità globale, dominanza laterale, motricità fine e coordinazione visuo-motoria, organizzazione grafo-percettiva)

---

---

---

---

---

SVILUPPO PERCETTIVO (percezione visiva, percezione uditiva, percezione tattile, percezione gustativa e olfattiva)

---

---

---

---

---

ORIENTAMENTO (orientamento spaziale, orientamento temporale, strutturazione spazio-temporale)

---

---

---

---

---

## **AREA COGNITIVA**

COMUNICAZIONE (comunicazione non verbale, comunicazione verbale – comprensione, produzione, organizzazione dei suoni-, finalità della comunicazione)

---

---

---

---

---

---

SVILUPPO DEI CONCETTI DI BASE (schema corporeo, relazioni topologico-spaziali, concetti dimensionali, riconoscimento di forme)

---

---

---

---

---

---

SVILUPPO LOGICO-MATEMATICO (associazioni logiche, operazioni logiche-classificazione, seriazione, corrispondenza biunivoca – generalizzazione dei concetti, quantificazione e calcolo, abilità geometriche e di misurazione)

---

---

---

---

---

---

LETTO-SCRITTURA (lettura e scrittura – strumentalità, comprensione )

---

---

---

---

---

---



## **AREA SOCIO-AFFETTIVA**

AUTONOMIE DI BASE (autonomia personale e sociale)

---

---

---

---

---

---

SVILUPPO AFFETTIVO – RELAZIONALE (conoscenza di sé, controllo dell’emotività, affettività, autostima, rapporto con gli oggetti, gioco)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

SVILUPPO SOCIO-RELAZIONALE (conoscenza dell’ambiente scolastico, relazioni con i compagni, relazioni con gli insegnanti, partecipazione e motivazione alle attività di classe)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

# PIANO DI INTERVENTO EDUCATIVO INDIVIDUALIZZATO CORRELATO ALLE POTENZIALITÀ E ALLE DIFFICOLTÀ

*(compilare solo le aree che interessano)*

<b>AREA DI INTERVENTO</b>	<b>AREA PSICOMOTORIA E PERCETTIVA</b>
<b>OBIETTIVI</b>	
<b>ATTIVITA'</b> (quali attività sono state realizzate e/o sono previste)	
<b>METODI E STRATEGIE DI INTERVENTO</b> (indicare strategie di lavoro individuate, materiali e strumenti da utilizzare)	
<b>VERIFICA</b> (riportare le modalità di verifica degli obiettivi previste)	

AREA DI INTERVENTO	AREA COGNITIVA
<b>OBIETTIVI</b>	
<b>ATTIVITA'</b>	
<b>METODI E STRATEGIE DI INTERVENTO</b> (indicare strategie di lavoro individuate, materiali e strumenti da utilizzare)	
<b>VERIFICA</b> (riportare le modalità di verifica degli obiettivi previste)	

<b>AREA DI INTERVENTO</b>	<b>AREA SOCIO - AFFETTIVA</b>
<b>OBIETTIVI</b>	
<b>ATTIVITA'</b>	
<b>METODI E STRATEGIE DI INTERVENTO</b> (indicare strategie di lavoro individuate, materiali e strumenti da utilizzare)	
<b>VERIFICA</b> (riportare le modalità di verifica degli obiettivi previste)	

# PIANO DI INTERVENTO EDUCATIVO A CURA DELL'ASSISTENTE EDUCATIVO

*(compilare solo le aree che interessano)*

<b>AREA DI INTERVENTO</b>	<b>AREA PSICOMOTORIA E PERCETTIVA</b>
<b>OBIETTIVI</b>	
<b>ATTIVITA'</b>	
<b>METODI E STRATEGIE DI INTERVENTO</b> (indicare strategie di lavoro individuate, materiali e strumenti da utilizzare)	
<b>VERIFICA</b> (riportare le modalità di verifica degli obiettivi previste)	

<b>AREA DI INTERVENTO</b>	<b>AREA COGNITIVA</b>
<b>OBIETTIVI</b>	
<b>ATTIVITA'</b>	
<b>METODI E STRATEGIE DI INTERVENTO</b> (indicare strategie di lavoro individuate, materiali e strumenti da utilizzare)	
<b>VERIFICA</b> (riportare le modalità di verifica degli obiettivi previste)	

AREA DI INTERVENTO	AREA SOCIO - AFFETTIVA
<b>OBIETTIVI</b>	
<b>ATTIVITA'</b>	
<b>METODI E STRATEGIE DI INTERVENTO</b> (indicare strategie di lavoro individuate, materiali e strumenti da utilizzare)	
<b>VERIFICA</b> (riportare le modalità di verifica degli obiettivi previste)	

## SCHEDA PIANIFICAZIONE DELLE ATTIVITÀ DELL' ALUNNO

### Attività settimanali programmate in classe

- con sostegno ore n° \_\_\_\_\_
- con assistenza educativa ore n° \_\_\_\_\_
- senza alcun supporto ore n° \_\_\_\_\_

<b>ATTIVITÀ PROGRAMMATE E MODALITÀ D'INTERVENTO</b>			
ATTIVITÀ / MATERIE PREVISTE NEL PIANO DI STUDI	SEGUENDO LA PROGRAMMAZIONE CURRICOLARE ORDINARIA	SEGUENDO LA PROGRAMMAZIONE CURRICOLARE SEMPLIFICATA	SEGUENDO LA PROGRAMMAZIONE INDIVIDUALE



**ATTIVITÀ ALTERNATIVE PROPOSTE IN SOSTITUZIONE DELLE MATERIE DI STUDIO PER LE QUALI NON ESISTONO, AL MOMENTO, POSSIBILITÀ DI APPRENDIMENTO**

MATERIA CURRICOLARE DA SOSTITUIRE	ATTIVITÀ ALTERNATIVA

<b>AREA DI INTERVENTO</b>	<i>(INDICARE NOME MATERIA E ARGOMENTI)</i>
<b>OBIETTIVI</b>	
<b>ATTIVITA'</b>	
<b>METODI E STRATEGIE DI INTERVENTO</b> <i>(indicare strategie di lavoro individuate, materiali e strumenti da utilizzare)</i>	
<b>VERIFICA</b> <i>(riportare le modalità di verifica degli obiettivi previste)</i>	



**ORARIO SETTIMANALE PRIMARIA/SECONDARIA DELLA CLASSE**

	<b>lunedì</b>	<b>martedì</b>	<b>mercoledì</b>	<b>giovedì</b>	<b>venerdì</b>
<b>1 ora</b>					
<b>2 ora</b>					
<b>3 ora</b>					
<b>4 ora</b>					
<b>5 ora</b>					
<b>6 ora</b>					
<b>7ora</b>					
<b>8 ora</b>					
<b>9 ora</b>					



**ORARIO SETTIMANALE PRIMARIA/SECONDARIA DELL'INSEGNANTE DI SOSTEGNO**

	<b>lunedì</b>	<b>martedì</b>	<b>mercoledì</b>	<b>giovedì</b>	<b>venerdì</b>
<b>1 ora</b>					
<b>2 ora</b>					
<b>3 ora</b>					
<b>4 ora</b>					
<b>5 ora</b>					
<b>6 ora</b>					
<b>7ora</b>					
<b>8 ora</b>					
<b>9 ora</b>					



**ORARIO SETTIMANALE PRIMARIA/SECONDARIA DELL'ASSISTENTE  
EDUCATIVO**

	lunedì	martedì	mercoledì	giovedì	venerdì
<b>1 ora</b>					
<b>2 ora</b>					
<b>3 ora</b>					
<b>4 ora</b>					
<b>5 ora</b>					
<b>6 ora</b>					
<b>7ora</b>					
<b>8 ora</b>					
<b>9 ora</b>					

Firma dei genitori

---

---

Firma degli insegnanti  
e degli assistenti educativi

---

---

---

---

Firma funzione strumentale

---

Firma dello Specialista

---

Lonate Pozzolo, \_\_\_\_\_

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

## RAPPORTI CON LA FAMIGLIA

*(indicare tempi e modalità d'incontro)*

<b>Giorno</b>	<b>Ore</b>	<b>Luogo</b>	<b>Accordi</b>

(da compilare durante l'anno e inserire nel fascicolo a fine anno scolastico)

# RELAZIONE FINALE

## AREA PSICOMOTORIA E PERCETTIVA

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## AREA COGNITIVA E DEL LINGUAGGIO

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## AREA SOCIO-AFFETTIVA

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**AREA DELLE AUTONOMIE**

---

---

---

---

---

---

---

---

**RILFESSIONE SUL PROCESSO DI INSEGNAMENTO-APPRENDIMENTO**

---

---

---

---

---

---

---

---

**PROPOSTE PER LA FUTURA SCOLARIZZAZIONE**

---

---

---

---

---

---

---

---

Luogo e data

Il/la Docente