

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE  
“E.F. di Savoia”  
Via F.lli Kennedy, 3  
CASORATE PRIMO

A.S. 2021/22

**PIANO  
EDUCATIVO INDIVIDUALIZZATO**

**ALUNNO/A** \_\_\_\_\_

**CLASSE**      **SEZ.**

**DOCENTE DI SOSTEGNO** Ins.te \_\_\_\_\_

## DATI DELL'ALUNNO

**Dati relativi all'alunno/a**

Nome:

Cognome:

Luogo e Data di nascita:

Indirizzo:

tel:

**Diagnosi clinica e codice**

datata \_\_\_\_\_

Dott:

\_\_\_\_\_

## CONTESTO SCOLASTICO ATTUALE

*(tipologia della classe come luogo di socializzazione e apprendimento)*

**Classe** \_\_\_\_\_

**Numero alunni** \_\_\_\_\_

Ore di sostegno: \_\_\_\_\_

Ore educatore ad personam: \_\_\_\_\_

### **Tabella orario settimanale**

*(per ogni ora specificare se è presente l'insegnante di sostegno e/o l'educatore ad personam)*

	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì
8.30 - 9.30					
9.30 - 10.30					
10.30 - 11.30					
11.30 - 12.30					
12.30 - 13.30					
13.30 - 14.30					
14.30 - 15.30					
15.30 - 16.30					

### **QUADRO FUNZIONALE**

*(potenzialità e difficoltà indicate nella Diagnosi Funzionale sui quali costruire gli interventi educativi e didattici)*

- **Motricità e Percezione**
- **Autonomia personale e sociale**
- **Abilità di comunicazione e linguaggi**
- **Abilità interpersonali e sociali**
- **Aspetti psicologici, emotivi e comportamentali**  
*(immagine di sé come persona che apprende, autostima, emotività, motivazione, comportamenti problema)*
- **Abilità cognitive**  
*Attenzione:*  
*Memoria:*  
*Discriminazione e generalizzazione:*  
*Problem solving e planning:*
- **Abilità metacognitive e stili di apprendimento**

- **Gioco e/o abilità espressive**

**AREE DI INTERVENTO**  
**Obiettivi medio/lungo termine**  
*(desunti dal Quadro Funzionale)*

**AREA DEGLI APPRENDIMENTI**  
*(programmazione disciplinare divisa per discipline o campi di esperienza)*

**ITALIANO, MATEMATICA, GEOGRAFIA, SCIENZE, INGLESE .....**  
(per scuola primaria e secondaria)

**ED. CIVICA**

**RC/ALTERNATIVA ALLA RC**

**I DISCORSI E LE PAROLE .....** (per scuola dell'infanzia)

**ATTIVITÀ O INTERVENTI EXTRACURRICOLARI O SOCIALI**

**MODALITÀ DI INTERVENTO**  
*(tempi, luoghi, attività, strategie, metodologie, sussidi, materiali, ....)*

## MODALITÀ DI VERIFICA E DI VALUTAZIONE

**Il PEI è stato approvato dal GLO in data \_\_\_\_\_**

**Come risulta dal verbale n. \_\_\_\_\_ allegato**

**Composizione del GLO – Gruppo di lavoro operativo per l’inclusione**

Nome e Cognome	*specificare a quale titolo ciascun componente interviene al GLO	FIRMA
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

*Per presa visione*

***Firma del Dirigente Scolastico  
Prof.ssa Maria Gentile***