ISTITUTO COMPRENSIVO di PRIMIERO

SCUOLA/ISTITUTO………………

PIANO EDUCATIVO INDIVIDUALIZZATO

P.E.I.

Classe….

Alunno Referente:

Anno scolastico 2023/2024

**RISORSE DELLA SCUOLA**

Descrizione della classe

|  |
| --- |
|  |

Attività di compresenza

|  |
| --- |
|  |

Altri progetti

|  |
| --- |
|  |

Laboratori opzionali

|  |
| --- |
|  |

Progetti per la classe

|  |
| --- |
|  |

**EVENTUALI TERAPIE IN CORSO**

Tipo di intervento:

◻ Logopedia

* Psicomotricità
* Fisioterapia
* T. Psicologica
* T. psichiatrica
* Uso di farmaci

In orario scolastico ………

**BISOGNI PRIORITARI EVIDENZIATI nel PDF:**

|  |
| --- |
|  |

***PROGRAMMAZIONE DIDATTICO/EDUCATIVA INDIVIDUALIZZATA***

|  |  |
| --- | --- |
| **OBIETTIVI** | **METODI, STRUMENTI, CONTENUTI** |
| **AREA AFFETTIVO- RELAZIONALE**  **OBIETTIVI:**    **AREA COGNITIVA**  **OBIETTIVI:**    **AREA NEUROPSICOLOGICA**    **OBIETTIVI:**    **AREA DELL'AUTONOMIA**    **OBIETTIVI:**      **AREA DEGLI APPRENDIMENTI:**  **MATERIE:**  **MATEMATICA:**  COMPETENZE TRAGUARDO (CONOSCENZE, ABILITA’ E COMPETENZE):      **ECONOMIA AZIENDALE**  COMPETENZE TRAGUARDO (CONOSCENZE, ABILITA’ E COMPETENZE):    **ITALIANO**  COMPETENZE TRAGUARDO (CONOSCENZE, ABILITA’ E COMPETENZE):        **STORIA**:  COMPETENZE TRAGUARDO (CONOSCENZE, ABILITA’ E COMPETENZE):  **DIRITTO/ECONOMIA POLITICA:**  COMPETENZE TRAGUARDO (CONOSCENZE, ABILITA’ E COMPETENZE):  *(inserire tutte le discipline di insegnamento)* | **METODI, STRUMENTI, CONTENUTI**  COMPETENZE ATTUALI:  ATTIVITA’/CONTENUTI/STRUMENTI E STRATEGIE:  VALUTAZIONE E VERIFICA:  COMPETENZE ATTUALI:  ATTIVITA’/CONTENUTI/STRUMENTI E STRATEGIE:  VALUTAZIONE E VERIFICA:  COMPETENZE ATTUALI:  ATTIVITA’/CONTENUTI/STRUMENTI E STRATEGIE:  VALUTAZIONE E VERIFICA:  COMPETENZE ATTUALI:  ATTIVITA’/CONTENUTI/STRUMENTI E STRATEGIE:  VALUTAZIONE E VERIFICA:  COMPETENZE ATTUALI:  ATTIVITA’/CONTENUTI/STRUMENTI E STRATEGIE:  VALUTAZIONE E VERIFICA: |

**MODALITA’ DELL’INTERVENTO DIDATTICO**

La programmazione per l’alunno sarà la stessa della classe □ **Si** □**No**

Se no, si differenzia per... **/** Verrà personalizzata però in...:

□*obiettivi* □*metodologia* □*contenuti* □*strategie* □*spazi* □*tempi*

La differenziazione **/** personalizzazione dei contenuti è caratterizzata da:

□*semplificazioni* □*sostituzioni* □*integrazioni* □*riduzioni*

Attività comuni svolte in classe n. ore .........................

...........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Attività individualizzate svolte in classe n. ore ..........................

...........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Attività individualizzate svolte fuori della classe n. ore ..........................

...........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Attività comuni (laboratori etc.) svolte fuori della classe n. ore ..........................

..........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Altro

.............................................................................................................................................................

Eventuali variazioni in corso d’anno

..........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Tempo scuola frequentato: ………..ore settimanali

L’alunno usufruisce di  **.. ore di sostegno** settimanali così distribuite:

.. ore di

.. ore di

**ORARIO**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Lunedì | Martedì | Mercoledì | Giovedì | Venerdì | Sabato |
| 1. 7.55  8.55 |  |  |  |  |  |  |
| 2. 8.55  9.50 |  |  |  |  |  |  |
| 3. 9.50  10.45 |  |  |  |  |  |  |
| Intervallo |  |  |  |  |  |  |
| 4. 11.00  12.00 |  |  |  |  |  |  |
| 5. 12.00  12.55 |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 6. 13.55  14.55 |  |  |  |  |  |  |
| 7. 14.55  15.55 |  |  |  |  |  |  |
| 8. 15.55  16.55 |  |  |  |  |  |  |

⮹ ore in cui l’alunno ha sostegno in classe (insegnante di sostegno o assistente educatore)

⌧ ore in cui l’alunno è inserito nel gruppo classe con l’insegnante di classe

❖ è seguito dall’insegnante di classe in compresenza

**** ore in cui l’alunno usufruisce di interventi individualizzati

Firme Docenti cdc

……………………………………………………… ……………………………………………………

……………………………………………………… ……………………………………………………

……………………………………………………… ……………………………………………………

……………………………………………………… ……………………………………………………

……………………………………………………… ……………………………………………………

……………………………………………………… …………………………………………………...

Firma del Docente Referente Firma dei genitori

………………………………. ……………………..………….

condiviso in data………………..

**VERIFICA INTERMEDIA**

(bisogni rilevati, percorsi attivati e da attivare – obiettivi raggiunti e da raggiungere)

**RELAZIONE FINALE (giugno)**

(obiettivi raggiunti, difficoltà emerse e ipotesi di intervento per il prossimo anno)

Firma del Docente Referente Firma dei genitori

………………………………. ……………………..………….

condiviso in data………………..

**CALENDARIO RIUNIONI**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **GIORNO** | **DALLE ORE** | **ALLE ORE** | **LUOGO** | **TIPO RIUNIONE** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Allegati: verbali riunioni**

**Allegati: copia pagelle (intermedia e finale)**