

PIANO EDUCATIVO PERSONALIZZATO

P.E.P.

**ISTITUTO COMPRENSIVO
VARAZZE-CELLE**

SCUOLA DELL'INFANZIA

**Alunno _____
Scuola _____
Sezione _____
Anno Scolastico _____**

ALUNNO _____ nat_ _____ il _____

Abitazione _____

Composizione gruppo di lavoro

COGNOME E NOME

QUALIFICA

Diagnosi clinica

PRESENTAZIONE DEL CASO

(desunta dalla diagnosi funzionale e dal profilo dinamico funzionale)

RAPPORTI TRA SCUOLA E FAMIGLIA

Composizione del nucleo familiare

Comportamento dell'alunno nell'ambito familiare

Aspettative verso la scuola e verso l'alunno

SITUAZIONE DI PARTENZA IN RELAZIONE ALLA SCUOLA

Situazione della classe:

SI	NO

L'alunno usufruisce del servizio mensa
Frequenta centri riabilitativi in orario scolastico
tot. ore sett.li _____

Rapporto dell'alunno con la scuola (frequenza, impegno, apprendimenti)

Frequenza settimanale effettiva n. ore _____

Presenza settimanale insegnante di sostegno n. ore _____

LAVORO SVOLTO DALL'INSEGNANTE DI SOSTEGNO

Lavoro individuale in classe

Lavoro individuale fuori classe

Lavoro in piccolo / grande gruppo sulla programmazione di classe
negli ambiti: _____

Assistenza al pasto

OBIETTIVI PEDAGOGICO – DIDATTICI PROGRAMMATI PER L'ALUNNO

Metodologie e procedure

Organizzazione del lavoro

Attrezzi, ausili riabilitativi e materiale didattico disponibile

Interventi assistenziali attivati o da attivare

Modalità di verifica

AREE SPECIFICHE DI INTERVENTO EDUCATIVO (PROGETTO EDUCATORE)

PROPOSTE DI SINTESI A CURA DEGLI OPERATORI (ASL O ALTRI ENTI)

PRECISAZIONI, OSSERVAZIONI, PROPOSTE

FIRMA DEGLI OPERATORI SCOLASTICI

timbro

FIRMA DEGLI OPERATORI DELL'ASL

timbro

FIRMA DEI FAMILIARI DELL'ALUNNO

Il sottoscritto genitore autorizza, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 196/03 l'utilizzazione dei propri dati personali e clinici per effettuare gli interventi tecnico-professionali inerenti ai compiti istituzionali.

Data _____

_____ (firma del genitore)