

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:

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

SI	NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Metodologie e procedure

Organizzazione del lavoro

Attrezzature, 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)