



PROGETTO " I CARE "

Piano Educativo Personalizzato

Scuola _____ classe _____ anno scolastico _____

Docenti di classe

Docenti di sostegno

Orario settimanale dei docenti di sostegno dedicati all'alunno

ALUNNO _____ **nat** _____ **il** _____

Abitazione _____

CURRICULUM SCOLASTICO

Anno scolastico					
Classe frequentata					

RAPPORTI TRA SCUOLA E FAMIGLIA

Composizione del nucleo familiare

Comportamento dell'alunno nell'ambito familiare

SITUAZIONE DI PARTENZA IN RELAZIONE ALLA SCUOLA

Situazione della classe:

Frequenza settimanale effettiva n. ore _____

SI	NO

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

Operatori predisposti alla programmazione individualizzata

Chi elabora le schede di valutazione

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

Altro:

n. ore di lavoro senza insegnante di sostegno: _____
attività svolta in queste ore: _____

- 1) piccolo gruppo _____
2) schede individuali _____
3) lavori di classe personalizzati _____
4) interventi specifici _____
5) fuori dalla classe _____
6) altro _____

Collaborazione scuola – famiglia (figure e aspettative verso la scuola)

RAPPORTI TRA SCUOLA E SERVIZI SANITARI

L’alunno è seguito dai seguenti servizi : _____

Operatori dei servizi che seguono l’alunno: _____

Rapporti tra gli operatori dei servizi e la famiglia : _____

SITUAZIONE DI PARTENZA IN RELAZIONE ALL’ALUNNO (desunta dalla diagnosi funzionale e dal profilo dinamico funzionale)

OBIETTIVI PEDAGOGICI – DIDATTICI PROGRAMMATI PER L’ALUNNO

Metodologie e procedure

Organizzazione del lavoro

Attrezzature, ausili riabilitativi e materiale didattico disponibile

Interventi assistenziali attivati o da attivare

AREE SPECIFICHE DI INTERVENTO EDUCATIVO (PROGETTO EDUCATORE)

MODALITA' DI VERIFCA

AREE SPECIFICHE DI COMPETENZA DELL'ASL O DEI CENTRI CONVENZIONATI

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)