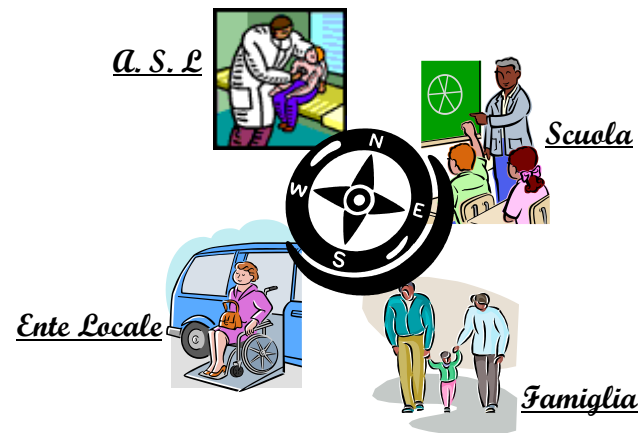


Piano Educativo Individualizzato



ALUNNO <hr/>	CLASSE _____ SEZIONE _____	TIPO DI HANDICAP: <input type="checkbox"/> PSICOFISICO <input type="checkbox"/> Uditivo <input type="checkbox"/> VISIVO	.
	SCUOLA		
DIAGNOSI CLINICA:	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		
SINTESI PDF			
- ASSE SOCIO-AFFETTIVO E DELL'AUTONOMIA	POTENZIALITA' RESIDUE : _____ <hr/> BISOGNI FORMATIVI: _____ <hr/> OBIETTIVI DI SVILUPPO: _____ <hr/>		

<p>- ASSE SENSO – PERCETTIVO E PSICOMOTORIO</p>	<p>POTENZIALITA' RESIDUE: _____ _____</p> <p>BISOGNI FORMATIVI: _____ _____</p> <p>OBIETTIVI DI SVILUPPO: _____ _____</p>
<p>- ASSE COGNITIVO</p>	<p>POTENZIALITA' RESIDUE: _____ _____</p> <p>BISOGNI FORMATIVI: _____ _____</p> <p>OBIETTIVI DI SVILUPPO: _____ _____</p>
<p>- ASSE DELLA COMUNICAZIONE E LINGUISTICO- ESPRESSIVO</p>	<p>POTENZIALITA' RESIDUE: _____ _____</p> <p>BISOGNI FORMATIVI: _____ _____</p> <p>OBIETTIVI DI SVILUPPO: _____ _____</p>

NUOVA SEGNALAZIONE RICONFERMA	<input type="checkbox"/> AREA _____ <input type="checkbox"/> AREA _____
CONTESTO FAMILIARE:	
- NUCLEO FAMILIARE :	N. _____
- PARTECIPAZIONE DEI FAMILIARI AL PROCESSO D'INTEGRAZIONE	<input type="checkbox"/> ATTIVA _____ <input type="checkbox"/> LIMITATA _____ <input type="checkbox"/> INESISTENTE _____
- ASPETTATIVE:	<input type="checkbox"/> ALTE _____ <input type="checkbox"/> MINIME _____ <input type="checkbox"/> ADEGUATE _____
OSSERVAZIONI SISTEMATICHE	
- AUTONOMIA MOTORIA	<input type="checkbox"/> SI _____ <input type="checkbox"/> NO _____ <input type="checkbox"/> IN PARTE _____

- FREQUENZA	<input type="checkbox"/> ASSIDUA _____ <input type="checkbox"/> SALTUARIA _____ <input type="checkbox"/> SPORADICA _____
- IMPEGNO	<input type="checkbox"/> SI _____ <input type="checkbox"/> NO _____ <input type="checkbox"/> IN PARTE _____
- ATTENZIONE	<input type="checkbox"/> SI _____ <input type="checkbox"/> NO _____ <input type="checkbox"/> IN PARTE _____
- INTERESSE	<input type="checkbox"/> SI _____ <input type="checkbox"/> NO _____ <input type="checkbox"/> IN PARTE _____
- COMPORTAMENTO	<input type="checkbox"/> POSITIVO _____ <input type="checkbox"/> PASSIVO _____ <input type="checkbox"/> AGGRESSIVO _____ <input type="checkbox"/> ALTRO _____

<p>- RELAZIONE CON I PARI</p>	<p><input type="checkbox"/> COLLABORATIVA_____</p> <p><input type="checkbox"/> DIPENDENTE_____</p> <p><input type="checkbox"/> ALTRO_____</p>
<p>- RELAZIONE CON I DOCENTI</p>	<p><input type="checkbox"/> COLLABORATIVA_____</p> <p><input type="checkbox"/> DIPENDENTE_____</p> <p><input type="checkbox"/> ALTRO_____</p>
<p>- RELAZIONE CON ALTRO PERSONALE DELLA SCUOLA</p>	<p><input type="checkbox"/> COLLABORATIVA_____</p> <p><input type="checkbox"/> DIPENDENTE_____</p> <p><input type="checkbox"/> ALTRO_____</p>
<p>INTENZIONALITA'</p>	
<p>- AREA SOCIO-AFFETTIVA E DELL'AUTONOMIA</p>	<p>INTERVENTI PREVISTI:_____</p> <p>_____</p>
<p>- AREA SENSO – PERCETTIVA E PSICOMOTORIA</p>	<p>INTERVENTI PREVISTI:_____</p> <p>_____</p>

- AREA COGNITIVA	INTERVENTI PREVISTI _____ _____
- AREA DELLA COMUNICAZIONE E LINGUISTICO-ESPRESSIVA	INTERVENTI PREVISTI _____ _____
RISORSE DELLA SCUOLA	
- RISORSE UMANE	N. DOCENTI _____ N. ATA _____
- RISORSE STRUMENTALI	LABORATORI: _____
- ORGANIZZAZIONE DELLA CLASSE:	N° ALUNNI _____ ORARIO SETTIMANALE: _____ ORARIO SETTIMANALE ALUNNO: _____ ATTIVITÀ INDIVIDUALI: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ATTIVITÀ DI GRUPPO: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ATTIVITÀ DI LABORATORIO: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO METODOLOGIA: _____ _____ _____

	<p>PROGRAMMAZIONE:</p> <p><input type="checkbox"/> RIDOTTA <input type="checkbox"/> SEMPLIFICATA <input type="checkbox"/> DIFFERENZIATA</p> <p>ALTRO: _____</p>
<p>- UTILIZZAZIONE INS. DI SOSTEGNO</p>	<p>- N° ORE _____</p> <p>- N° ORE DI RECUPERO CON ALTRI INS. _____</p>
<p>RISORSE EXTRASCOLASTICHE</p>	
<p>- FAMIGLIA</p>	<p>PRESENZA A SCUOLA:</p> <p><input type="checkbox"/> ISTITUZIONALE <input type="checkbox"/> ATTIVA <input type="checkbox"/> INESISTENTE</p>
<p>- ENTE LOCALE</p>	<p><input type="checkbox"/> TRASPORTI</p> <p><input type="checkbox"/> MENSA</p> <p><input type="checkbox"/> STRUTTURE SPORTIVE</p> <p><input type="checkbox"/> ASSISTENTI PER L'AUTONOMIA: N° ORE _____</p> <p><input type="checkbox"/> ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO</p> <p><input type="checkbox"/> ALTRO _____</p>

- ASL

EQUIPE PSICO-PEDAGOGICA

INTERVENTI DI RIABILITAZIONE: _____

I REDATTORI

EQUIPE SOCIO-PSICO-PEDAGOGICA

FAMILIARI _____

SCOLASTICI _____
