Ministero dell'Istruzione
dell'Università e Ricerca

**I.C. 4 De Lauzieres**
**Ambito 0021**
80055 – Portici (Napoli)
C.F. 80020500635 –
Via Salute, 45 – Tel. 081-775.32.81- Fax. 081-775.84.94

# ***P.E.I.***

## *Scuola Secondaria di Primo Grado*

**dell'alunno/a**

_____

*(Cognome e nome)*

**Nato/a a:_____il_____**

**Residente in_____prov. (  )**

**Via_____n. ___**

**Recapiti telefonici:_____**

**Nome della Scuola: _____**

**Città:_____prov. (  )**

**SCUOLA dell'INFANZIA (  )  SCUOLA PRIMARIA (  )**

**SECONDARIA 1° GRADO (  )  SECONDARIA SUPERIORE (  )**

**Classe frequentata:_____sezione: _____**

**Anno Scolastico:_____/_____**

***Promemoria: indicazioni essenziali***

- *Il Piano Educativo Individualizzato (P.E.I.), atto successivo alla Diagnosi Funzionale e al Profilo Dinamico Funzionale, è il documento che individua e descrive gli interventi e progetti (educativi - didattici, riabilitativi, sociali, formativi, culturali, ricreativi, sportivi) da predisporre a favore dell'alunno in situazione di handicap, ai fini della realizzazione dei diritto all'educazione, all'istruzione e all'integrazione scolastica ed extrascolastica.*
- *Il P.E.I. viene elaborato e verificato annualmente, con la collaborazione della famiglia, dagli operatori scolastici, sanitari e sociali.*
- *Il documento, inizialmente e nelle successive stesure, viene materialmente redatto, e tenuto in custodia, dal personale docente, preferibilmente entro i primi due - tre mesi di frequenza scolastica, dopo la stesura e/o aggiornamento del P.D.F. (Profilo Dinamico Funzionale).*

## CARATTERISTICHE DELLA SEZIONE / CLASSE

Numero di alunni frequentanti: _____ Maschi: _____ Femmine: _____

- **RISORSE UMANE a sostegno del processo di integrazione, in aggiunta ai docenti disciplinari assegnati alla classe**

  Docente specializzato per il sostegno: n. ore settimanali _____

  Operatore educativo assistenziale: n. ore settimanali _____

  Eventuali altre figure: n. ore settimanali _____

- **Nella scuola è presente il servizio MENSA: SI ( ) NO ( )**

L'alunno/a utilizza il servizio MENSA: SI ( ) NO ( ) COSÌ COSÌ ( )

- **Eventuali interventi di riabilitazione e terapia previsti:**

In orario scolastico

n° incontri settimanali _____

tipologia di intervento

In orario extra scolastico

n° incontri settimanali _____

tipologia di intervento_____

- **L'alunno/a è in grado di seguire le attività, discipline, materie curriculari della classe:** SI ( ) Parzialmente ( ) NO ( )

**Descrivere le attività, discipline o materie che riesce a seguire con la sua classe:**

- **Elenco delle attività, situazioni, discipline, materie, in cui l'alunno/o mostra maggiori interessi o capacità:**

# OBIETTIVI ED INTERVENTI GENERALI
## PER IL CORRENTE ANNO SCOLASTICO
### DERIVANTI DAL
### Profilo Dinamico Funzionale

*a) Ambito scolastico (es.: consolidare particolari abilità, colmare delle carenze di base, usare particolari metodologie, interventi sui compagni di classe, lavorare in classe e/o in piccoli gruppi, interventi per responsabilizzare, aumentare la fiducia personale, l'integrazione, ecc.):*

*b) Ambito sociale (es.: interventi per il tempo libero, per i compiti, per l'integrazione, partecipazione ad attività ricreative, sportive, assimilare adeguati comportamenti in ambito familiare, progetti nel territorio, ecc.):*

*c) Ambito riabilitativo (es.: opportunità di ulteriori interventi diagnostici o riabilitativi, uso di ausili adeguati, ecc.):*

- Eventuale presenza di comportamento o situazione particolarmente impegnativa e problematica *(es.: auto ed etero-aggressività, problemi alimentari o di autonomia di base, isolamento, cambiamenti repentini nel comportamento, difficoltà di gestione didattica ed educativa, negative dinamiche di gruppo, ecc.).*

*Accorgimenti, strategie, metodi, interventi utilizzati o da utilizzare:*

- Eventuale necessità di ulteriore personale in ambito scolastico o sociale

*(Assistenza per autonomia di base, aiuto nei compiti a casa, educatore, ecc.):*

- Eventuale necessità di attrezzature, metodologie particolari

*(es. Computer, giochi particolari, materiale didattico specifico, ecc.):*

PRINCIPALI OBIETTIVI, INTERVENTI, ATTIVITA'

(IN AMBITO DIDATTICO, EDUCATIVO, SOCIALE, INTEGRATIVO, RIABILITATIVO)

## 1) ASSE della COMUNICAZIONE

| |
|---|
| 1) |
| 2) |
| 3) |

***Eventuali annotazioni**:*

## 2) ASSE LINGUISTICO

| |
|---|
| 1) |
| 2) |
| 3) |

***Eventuali annotazioni**:*

## 3) ASSE PSICOMOTORIO

| |
|---|
| 1) |
| 2) |
| 3) |

***Eventuali annotazioni**:*

## 4) ASSE SENSORIALE PERCETTIVO

| |
|---|
| 1) |
| 2) |
| 3) |

***Eventuali annotazioni**:*

## 5) ASSE NEUROPSICOLOGICO

| |
|---|
| 1) |
| 2) |
| 3) |

***Eventuali annotazioni**:*

## 6) ASSE DELL'AUTONOMIA

| |
|---|
| 1) |
| 2) |
| 3) |

***Eventuali annotazioni**:*

## 7) ASSE AFFETTIVO - RELAZIONALE

| |
|---|
| 1) |
| 2) |
| 3) |

***Eventuali annotazioni**:*

## 8) ASSE COGNITIVO

| |
|---|
| 1) |
| 2) |
| 3) |

***Eventuali annotazioni**:*

## 9) ASSE DELL'APPRENDIMENTO

| |
|---|
| 1) |
| 2) |
| 3) |

***Eventuali annotazioni**:*

## 10) ASSE ATTITUDINALE e/o dell'ORIENTAMENTO

| |
|---|
| 1) |
| 2) |
| 3) |

***Eventuali annotazioni**:*

Figure ed operatori che hanno collaborato al presente
Piano Educativo Individualizzato

I componenti del Consiglio di Classe

| Qualifica | Cognome e nome | Firma |
|---|---|---|
| …….. | …….. | …….. |
| …….. | …….. | …….. |
| …….. | …….. | …….. |
| …….. | …….. | …….. |
| …….. | …….. | …….. |
| …….. | …….. | …….. |
| …….. | …….. | …….. |
| …….. | …….. | …….. |
| …….. | …….. | …….. |
| …….. | …….. | …….. |

I componenti dell'Unità Multidisciplinare

| Qualifica | Cognome e nome | Firma |
|---|---|---|
| …….. | …….. | …….. |
| …….. | …….. | …….. |
| …….. | …….. | …….. |
| …….. | …….. | …….. |

…….. …….. ……..

Collaborazione diretta o indiretta della Famiglia: SI ( ) NO ( )

…….. …….. ……..

…….. …….. ……..

Il Capo d'Istituto…….. ……

Data……..

## RIUNIONI DI VERIFICA E AGGIORNAMENTO

| Data | Operatori Sanitari | Operatori della scuola | Genitori - familiari |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| *(Eventuali contenuti di rilievo emersi nelle riunioni)* | | | |

# Sintesi finale relativa all'anno scolastico

_____/_____

**ALUNNO/A:**_____**NATO/A IL**____/____/_____

**Obiettivi raggiunti, progressi registrati dall'alunno/a nel corso dell'anno**

**Aree, aspetti che permangono inadeguati, non sufficienti o problematici**

**Proposte conclusive per il prossimo anno scolastico**

(*Es.: in relazione all'inserimento o meno nella classe successiva, all'eventuale variazione diagnostica, all' eventuale conferma di attività di sostegno, sostegno in deroga, ecc.*).

***Partecipanti alla presente valutazione finale***

| | | |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

**Data: .....**