



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA

Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio

Istituto Comprensivo "Milani" - Terracina

Via Olivetti, 41 - 04019 Terracina (LT)

☎ 0773 725919; Fax. 0773 722388; ✉ ltic830001@istruzione.it; C.F.: 80003800598; pec:ltic830001@pec.istruzione.it

SCUOLA DELL'INFANZIA

PIANO EDUCATIVO INDIVIDUALIZZATO

ANNO SCOLASTICO 201 /201

Il presente documento vincola al segreto professionale chiunque ne venga a conoscenza
(art. 622 C.P.)

PIANO EDUCATIVO INDIVIDUALIZZATO

ANNO SCOLASTICO 201 /201

DATI CONOSCITIVI DELL'ALUNNO/A

Cognome _____	Nome _____
Luogo e data di nascita _____	
Residente in via/piazza _____	
C.A.P. _____	Fraz. / Comune _____
Telefono e/o altro recapito della famiglia (se diverso) _____	

NUCLEO FAMILIARE

Padre _____	Luogo e data di nascita _____
Madre _____	Luogo e data di nascita _____
Fratelli e/o sorelle _____	

Altri eventuali conviventi _____	
_____ Collaborazi	
one scuola – famiglia (figure, ambiti, periodicità) _____	

INFORMAZIONI SANITARIE

Diagnosi clinica

Azienda Asl/distretto sanitario di riferimento _____
Data di rilascio della certificazione _____
Sintesi della diagnosi clinica contenuta nella certificazione _____

Esperto Asl che segue l'alunno _____
Qualifica _____

Interventi riabilitativi

TIPOLOGIA DI INTERVENTO	OPERATORE DI RIFERIMENTO	TEMPI	MODALITA'
FISIOTERAPIA			
LOGOTERAPIA			
PSICOTERAPIA			

DATI RELATIVI A PRECEDENTI PERCORSI EDUCATIVI

ANNO SCOLASTICO	NIDO e/o SCUOLA DELL'INFANZIA	FREQUENZA (regolare/irregolare)

DATI RELATIVI ALLA SCUOLA

SCUOLA		
SEZIONE		
	COGNOME - NOME	ORARIO DI INTERVENTO
INSEGNANTI DI SEZIONE	_____ _____	_____ h settimanali su _____ turno
INSEGNANTE DI SOSTEGNO	_____	_____ h settimanali su _____ _____ turno
ASSISTENTE EDUCATIVO	_____	_____ h settimanali

L'insegnante di sostegno segue altri casi?	No Sì nella stessa sezione Sì in altre sezioni
Nella sezione è presente altro insegnante di sostegno?	Sì _____ No

**FREQUENZA DEL BAMBINO
PRESENZA INSEGNANTE DI SOSTEGNO E ASSISTENTE**

GIORNI	BAMBINO	INSEGNANTE	ASSISTENTE
Lunedì			
Martedì			
Mercoledì			
Giovedì			
Venerdì			
TOTALE ORE			

ATTIVITA' EXTRASCOLASTICHE

Attività extrascolastiche effettuate o consigliate _____ _____ Obiettivi da conseguire _____ _____ _____ Tempi _____ _____ Modalità d'attuazione _____ _____ _____

AREA AFFETTIVO-RELAZIONALE

Situazione di partenza: _____

OBIETTIVI	ATTIVITA'	METODI DI LAVORO	COLLEGAMENTI CON LA PROGRAMMAZIONE DI SEZIONE	VERIFICA IN ITINERE Data _____
		STRUMENTI		VERIFICA FINALE Data _____

Obiettivi per l'anno scolastico successivo: _____

AREA PERCETTIVO-SENSORIALE

Situazione di partenza: _____

OBIETTIVI	ATTIVITA'	METODI DI LAVORO	COLLEGAMENTI CON LA PROGRAMMAZIONE DI SEZIONE	VERIFICA IN ITINERE Data _____
		STRUMENTI		
		VERIFICA FINALE Data _____		

Obiettivi per l'anno scolastico successivo: _____

AREA COGNITIVA

Situazione di partenza: _____

OBIETTIVI	ATTIVITA'	METODI DI LAVORO	COLLEGAMENTI CON LA PROGRAMMAZIONE DI SEZIONE	VERIFICA IN ITINERE Data _____
		STRUMENTI		VERIFICA FINALE Data _____

Obiettivi per l'anno scolastico successivo: _____

AREA NEUROPSICOLOGICA

Situazione di partenza: _____

OBIETTIVI	ATTIVITA'	METODI DI LAVORO	COLLEGAMENTI CON LA PROGRAMMAZIONE DI SEZIONE	VERIFICA IN ITINERE Data _____
		STRUMENTI		VERIFICA FINALE Data _____

Obiettivi per l'anno scolastico successivo: _____

AREA MOTORIO-PRASSICA

Situazione di partenza: _____

OBIETTIVI	ATTIVITA'	METODI DI LAVORO	COLLEGAMENTI CON LA PROGRAMMAZIONE DI SEZIONE	VERIFICA IN ITINERE Data _____
		STRUMENTI		VERIFICA FINALE Data _____

Obiettivi per l'anno scolastico successivo: _____

AREA DELLA COMUNICAZIONE E DEL LINGUAGGIO

Situazione di partenza: _____

OBIETTIVI	ATTIVITA'	METODI DI LAVORO	COLLEGAMENTI CON LA PROGRAMMAZIONE DI SEZIONE	VERIFICA IN ITINERE Data _____
		STRUMENTI		VERIFICA FINALE Data _____

Obiettivi per l'anno scolastico successivo: _____

AREA DELL' AUTONOMIA PERSONALE

Situazione di partenza: _____

OBIETTIVI	ATTIVITA'	METODI DI LAVORO	COLLEGAMENTI CON LA PROGRAMMAZIONE DI SEZIONE	VERIFICA IN ITINERE Data _____
		STRUMENTI		VERIFICA FINALE Data _____

Obiettivi per l'anno scolastico successivo: _____

ELENCO NOMINATIVO DELLE FIGURE PROFESSIONALI CHE HANNO REDATTO LA PRIMA STESURA DEL P.E.I. E CHE HANNO PROVVEDUTO ALLE VERIFICHE E AGLI AGGIORNAMENTI:

QUALIFICA PROFESSIONALE	COGNOME - NOME	FIRMA
-------------------------	----------------	-------

SCUOLA

DIRIGENTE SCOLASTICO _____

DOCENTE DI SOSTEGNO _____

DOCENTI DI SEZIONE _____

ASL

NEUROPSICHIATRA _____

FISIOTERAPISTA _____

LOGOPEDISTA _____

PSICOLOGO _____

ALTRO _____

ENTI LOCALI/ SERVIZIO SOCIALE

ASSISTENTE EDUCATIVO _____

ASSISTENTE SOCIALE _____

GENITORI
