**ASL NAPOLI 2 NORD**

Piano Educativo Individualizzato

**P.E.I.**

Scuola dell’Infanzia

Anno Scolastico: **2018/2019**



Anno Scolastico: **2017/2018** Sezione

|  |
| --- |
| **ALUNNO**  |
| **Cognome** | **Nome** | **data di nascita** |
| **luogo di nascita** | **residenza** | **Telefono** |

**NUMERO DI ALUNNI DELLA SEZIONE:**

**<3**

**>3**

**NUMERO DI ALUNNI CON BES NELLA SEZIONE**

**(**numero inferiore o superiore)

**QUADRO ORARIO** **CLASSE**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Lunedì** | **Martedì** | **Mercoledì** | **Giovedì** | **Venerdì** | **Sabato** |
| 1ª ora |  |  |  |  |  |  |
| 2ª ora |  |  |  |  |  |  |
| 3ª ora  |  |  |  |  |  |  |
| 4ª ora |  |  |  |  |  |  |
| 5ª ora |  |  |  |  |  |  |
| 6ª ora |  |  |  |  |  |  |
| 7ª ora |  |  |  |  |  |  |
| 8ª ora |  |  |  |  |  |  |

**QUADRO ORARIO DOCENTE DI SOSTEGNO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Lunedì** | **Martedì** | **Mercoledì** | **Giovedì** | **Venerdì** | **Sabato** |  |
|  | 1ª ora |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 2ª ora |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 3ª ora  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 4ª ora |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 5ª ora |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 6ª ora |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 7ª ora |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 8ª ora |  |  |  |  |  |  |  |
| **Sintesi diagnosi funzionale:** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| La scuola è in possesso di certificazione medica  | SI  | NO | *Data:* |
| La scuola è in possesso della L.104 | SI  | NO | *Data: revisione:* |
| La scuola è in possesso di Diagnosi Funzionale | SI  | NO | *Data*  |

|  |
| --- |
| **CARATTERISTICHE FISICHE** |
| * Buono stato di salute
 | SI  | NO | * Difficoltà di fonazione
 | SI  | NO |
| * Armonia sta/ponderale
 | SI  | NO |  se si quali?  |
| * Presenta dismorfismi
 | SI  | NO  |
|  se si quali? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | * Buona funzionalità visiva
 |  SI  | NO |
| * Buona funzionalità uditiva
 | SI  | NO |
| * Utilizza protesi sanitarie o ausili tecnici
 | SI  | NO  |
|  Se si quali? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Esperienze scolastiche precedenti:  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * Interventi riabilitativi
 | SI  | NO |
| Se si quali? |
| * Trattamenti farmacologici
 | SI | NO |
| * In orario scolastico
 | SI | NO |
| Nome somministratore e ruolo; |
| N. protocollo somministrazione |

|  |
| --- |
| FUNZIONALITA’ PSICOMOTORIA |
| * Coordinazione dinamica generale
 | SI  | NO  |
| * Dominanza laterale: destra  sinistra 

 crociata  non acquisita  |
| * Motricità fine
 | SI  | NO  |
| * Coordinazione spazio – temporale
 | SI  | NO  |

|  |
| --- |
| CARATTERISTICHE COMPORTAMENTALI |
| * Aggressività
 | SI | NO  | * Dipendenza
 | SI  | NO |
| * Partecipazione
 | SI | NO  | * Accettazione regole
 | SI  | NO |
| * Eventuali altre osservazioni:
 |

|  |
| --- |
| EXTRASCUOLA ED EDUCATIVA |
| Ha l’educatore a scuolamonte h: | SI | NO  | Ha l’educatore a casa | SI  | NO |
| Fa attività extrascolastiche | SI | NO  |  |
| Se si, quali: |

|  |
| --- |
| **QUADRO FAMILIARE** |
| Grado di parentela | Nome e Cognome | Età | Studi compiuti | Professione |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| * L’alunno vive in famiglia
 | SI  | NO |  |
|  Se no dove? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**VALUTAZIONE DELLE CAPACITA’ E COMPETENZE ACQUISITE:**

1. **Per ogni area interessata si definiscano gli obiettivi.**
2. **AREA DELLE AUTONOMIE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Insoddisfacente | Appenasoddisfacente | Soddisfacente | Annotazioni |
| CONTROLLO SFINTERICO |  |  |  |  |
| IGIENE PERSONALE |  |  |  |  |
| ALIMENTAZIONE |  |  |  |  |

1. **OBIETTIVI**:
2. (se necessario specificare se a breve, medio e lungo termine).

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

1. **AREA SENSORIALE-PERCETTIVA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Insoddisfacente | Appenasoddisfacente | Soddisfacente | Annotazioni |
| FUNZIONALITA’ VISIVA |  |  |  |  |
| FUNZIONALITA’ UDITIVA |  |  |  |  |
| FUNZIONALITA’ TATTILE |  |  |  |  |
| FUNZIONALITA’OLFATTIVA |  |  |  |  |
| FUNZIONALITA’ GUSTATIVA |  |  |  |  |

1. **OBIETTIVI:**
2. (se necessario specificare se a breve, medio e lungo termine).

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

1. **AREA SOCIO-AFFETTIVA-RELAZIONALE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Insoddisfacente | Appenasoddisfacente | Soddisfacente | Annotazioni |
| AUTOSTIMA |  |  |  |  |
| RAPPORTO CON I COMPAGNI |  |  |  |  |
| RAPPORTO CON GLI ADULTI |  |  |  |  |
| RISPETTO DELLE REGOLE |  |  |  |  |
| RISPETTO DELLE COSE |  |  |  |  |
| PERCEZIONE DEL SE’ |  |  |  |  |
| COLLABORAZIONE |  |  |  |  |
| PARTECIPAZIONE |  |  |  |  |
| AUTOCONTROLLO |  |  |  |  |
| AUTONOMIA SOCIALE |  |  |  |  |

1. **OBIETTIVI**:
2. (se necessario specificare se a breve, medio e lungo termine).

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

1. **AREA PSICO-MOTORIA-PRASSICA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Insoddisfacente | Appenasoddisfacente | Soddisfacente | Annotazioni |
| SCHEMA CORPOREO |  |  |  |  |
| PERCEZIONE |  |  |  |  |
| COORDINAZIONEMOTORIA |  |  |  |  |
| LATERALIZZAZIONE |  |  |  |  |
| COORDINAZIONEOCULO-MANUALE |  |  |  |  |
| ORIENTAMENTOSPAZIO-TEMPORALE |  |  |  |  |
| MOTRICITA’ FINE |  |  |  |  |
| MOTRICITA’ GLOBALE |  |  |  |  |

1. **OBIETTIVI:**
2. (se necessario specificare se a breve, medio e lungo termine).

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

1. **AREA COMUNICATIVO-LINGUISTICA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Insoddisfacente | Appenasoddisfacente | Soddisfacente | Annotazioni |
| ASCOLTO |  |  |  |  |
| COMPRENSIONE VERBALE |  |  |  |  |
| COMPRENSIONE NON VERBALE |  |  |  |  |
| PRODUZIONE VERBALE |  |  |  |  |
| PRODUZIONE NON VERBALE |  |  |  |  |
| VOCABOLARIO ADEGUATOALL’ETA’ |  |  |  |  |

1. **OBIETTIVI:**
2. (se necessario specificare se a breve, medio e lungo termine).

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

**AREA LOGICO-MATEMATICA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Insoddisfacente | Appenasoddisfacente | Soddisfacente | Annotazioni |
| ACQUISIZIONE CONCETTI TOPOLOGICI |  |  |  |  |
| RICONOSCIMENTO COLORI |  |  |  |  |
| PROCESSI DI SERIAZIONE |  |  |  |  |
| PROCESSI DI CLASSIFICAZIONE |  |  |  |  |
| RISOLUZIONE PROBLEMI |  |  |  |  |

1. **OBIETTIVI:**
2. (se necessario specificare se a breve, medio e lungo termine).

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

1. **AREA COGNITIVO E NEUROPSICOLOGICA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Insoddisfacente | Appena soddisfacente | Soddisfacente | Annotazioni |
| ATTENZIONE |  |  |  |  |
| MEMORIA |  |  |  |  |
| COMPRENSIONE |  |  |  |  |
| ORGANIZZAZIONESPAZIO-TEMPORALE |  |  |  |  |

1. **OBIETTIVI:**
2. (se necessario specificare se a breve, medio e lungo termine).

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

1. **IPOTESI OPERATIVA**
2. (Metodologie didattiche e tecniche operative)

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

1. **RISORSE**
2. (Spazi, materiali e sussidi didattici)

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

1. **MODALITA’ DELL’INSERIMENTO**
2. (Nella sezione, nella classe, nel plesso)

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

1. PERSONALE IMPIEGATO NEL PROGETTO EDUCATIVO E AMBITO DI COMPETENZA (docenti di classe, sostegno, assistente qualificato, collaboratori scolastici, operatore a.s.l., genitore o tutore, altre figure professionali)

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

1. **CRITERI E MODALITA’ DI VALUTAZIONE**

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

1. **Firme per la condivisione del documento PEI**
2. Anno scolastico 2018/2019
3. Scuola dell’Infanzia

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Cognome** | **Nome** | **ruolo** | **firma** |
|  |  | docente |  |
|  |  | docente |  |
|  |  | docente |  |
|  |  | docente |  |
|  |  | docente |  |
|  |  | docente |  |
|  |  | docente |  |
|  |  | referente A.S.L.o centro convenzionato |  |
|  |  | operatore psicopedagogico |  |
|  |  | docente di sostegno |  |
|  |  | educatore |  |
|  |  | madre/padre/tutore |  |

1. Alunno/a Sezione
2. LETTO APPROVATO E SOTTOSCRITTO

|  |  |
| --- | --- |
| Acerra, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Il Dirigente ScolasticoProf.ssa Rosaria Coronella |