



ISTITUTO COMPRENSIVO "F. DE SANCTIS"



di SCUOLA DELL'INFANZIA - PRIMARIA - SECONDARIA DI I GRADO

dei Comuni di BUCCIANO - FORCHIA - MOIANO

Via Peraine 82010 MOIANO BN

☎ Segreteria 0823711653 - ☎ FAX 0823711653 - Dirigenza 0823712998

e-mail: bnic83800c@istruzione.it PEC: bnic83800c@pec.istruzione.it sito web: www.icmoiano.gov.it

Codice Fiscale: 92029230627 - Codice Univoco dell'ufficio: UF90A9

SCUOLA

PIANO EDUCATIVO INDIVIDUALIZZATO

ANNO SCOLASTICO

- 1. DATI DELL'ALUNNO**
- 2. CONTESTO SCOLASTICO ATTUALE**
- 3. ABILITA' PRESENTI ION INGRESSO**
- 4. AREE DI INTERVENTO, OBIETTIVI, METODOLOGIE**
- 5. VERIFICA E VALUTAZIONE**

ALUNNO/A _____

CLASSE _____ SEZ. _____

DOCENTE DI SOSTEGNO _____

1.
2. DATI DELL'ALUNNO

Dati relativi all'alunno/a

Nome
Cognome
Luogo e Data di nascita
Indirizzo
tel:

Diagnosi clinica o codice

datata al _____

Dott:

--

3. CONTESTO AMBIENTALE: FAMIGLIA, SCUOLA

(tipologia della classe come luogo di socializzazione e apprendimento)

Classe _____

Numero alunni _____

Ore di sostegno: _____

--

DESCRIZIONE DELLE ABILITA' PRESENTI IN INGRESSO

AUTONOMIA	
SOCIALITA'	
ATTENZIONE- MEMORIA-ASCOLTO E COMPRESIONE	
ABILITA' SENSO-PERCETTIVE(VISIVE,UDITIVE, ORGANIZZAZIONE SPAZIO-TEMPORALE)	

ABILITA' LOGICO- MATEMATICHE	
ABILITA' LINGUISTICHE	

NOTE:

AREA SOCIO-AFFETTIVA

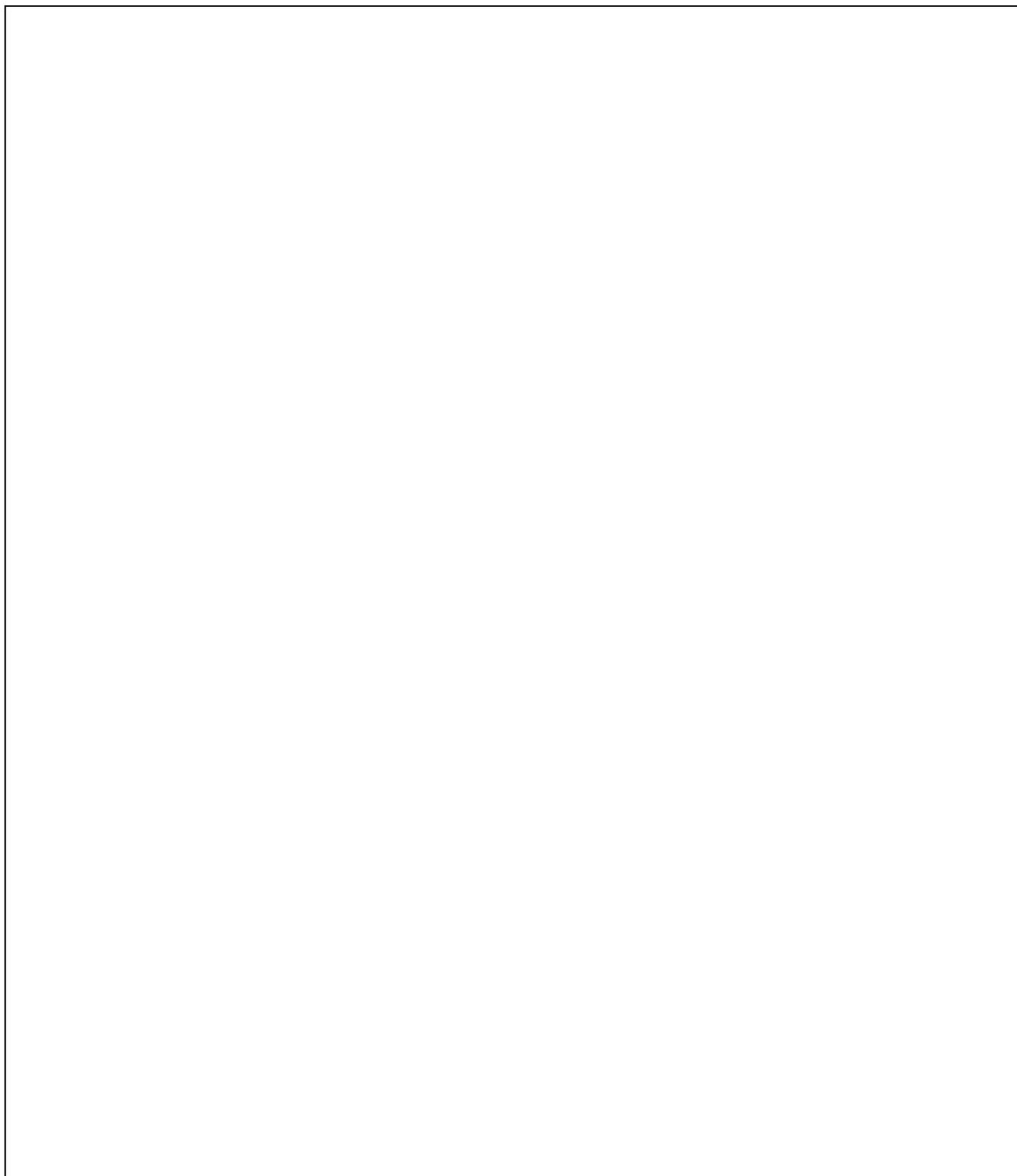
INDICATORI GENERALI	OBIETTIVI DI APPRENDIMENTO	A BREVE TERMINE 1° QUADRIMES TRE	A LUNGO TERMINE 2° QUADRIMES TRE	VALUTAZIONE 1° QUADRIMES TRE	VALUTAZIONE 2° QUADRIMES TRE
LA RELAZIONE CON I COMPAGNI					
LA RELAZIONE CON GLI ADULTI					
SOCIALITA' E PARTECIPAZIONE					

<p>METODOLOGIA ED ATTIVITA'</p>	<p>MODALITA' DI VERIFICA</p>
--	-------------------------------------

ADEGUAMENTI ALLA PROGRAMMAZIONE DI CLASSE

DISCIPLINA 	OBIETTIVI E ATTIVITA' <ul style="list-style-type: none">•••
DISCIPLINA 	OBIETTIVI E ATTIVITA' <ul style="list-style-type: none">•••
DISCIPLINA 	OBIETTIVI E ATTIVITA' <ul style="list-style-type: none">•••
DISCIPLINA 	OBIETTIVI E ATTIVITA' <ul style="list-style-type: none">•••
DISCIPLINA 	OBIETTIVI E ATTIVITA' <ul style="list-style-type: none">•••

RELAZIONE FINALE



Firma del doc. di sostegno

**Firma dei doc. curricolari
o del coordinatore di classe**

Firma del genitore

Unità Multidisciplinare A.O.

Dott. Neuropsichiatra Infantile

Assistente sociale

Psicologo/a

Tirocinante

Operatori centri di riabilitazione

Educatori specializzati

Referente EE.LL.

Moiano lì _____

Firma del Dirigente scolastico
