

IISS "PIERO CALAMANDREI"

via Milazzo, 13 - 50019 SESTO FIORENTINO - FI
tel. 0554490703 - fax 4490705 - info@iisscalamandrei.gov.it

PIANO DI INCLUSIONE SCOLASTICA

a.s. 2014-15

Allegato 6

INFORMAZIONI GENERALI

DATI RELATIVI ALL'ALUNNO

Cognome Nome	
Luogo e data di nascita	
Residenza	
Scuola	
Sezione/classe	

QUADRO FAMILIARE

Componenti del nucleo familiare COGNOME E NOME	Grado di parentela

La famiglia è: Naturale Adottante Affidataria

SITUAZIONE DELLA CLASSE

Alunni in totale n°	
Alunni con disabilità n°	
Alunni stranieri n°	
Alunni con disturbi specifici di apprendimento (DSA)	

AZIENDA USL DI RIFERIMENTO

Azienda USL n°/distretto	
--------------------------	--

OPERATORI (INDICARE SE EXTRA-SCOLASTICO)

QUALIFICA	NOMI
NEUROPSICHIATRA	
ASS.SOCIALE	
DOCENTE SOSTEGNO AREA SCIENTIFICA	
DOCENTE SOSTEGNO AREA MOTORIA	
ASS. EDUCATORE	

Indice delle sezioni:

I sez.

- Dati relativi alla precedente scolarizzazione
- Organizzazione scolastica generale
- Interventi socio educativi
- Finalità formative e aree di intervento
- Piano annuale per area di intervento scolastico

II-III sez.

- Verifica intermedia
- Verifica finale
- Verifica organizzativa e progettazione per l'a.s. successivo

DATI RELATIVI ALLA PRECEDENTE SCOLARIZZAZIONE

Scuola dell'Infanzia

ANNO SCOLASTICO	NOME DELLA SCUOLA	CLASSE	TIPO DI FREQUENZA(*) N° ORE	ORE DI SOSTEGNO ASSEGNATE	ORE DI ASSISTENZA ASSEGNATE	RIPETENZE

Scuola Primaria

ANNO SCOLASTICO	NOME DELLA SCUOLA	CLASSE	TIPO DI FREQUENZA(*) N° ORE	ORE DI SOSTEGNO ASSEGNATE	ORE DI ASSISTENZA ASSEGNATE	RIPETENZE

Scuola Secondaria di I° Grado

ANNO SCOLASTICO	NOME DELLA SCUOLA	CLASSE	TIPO DI FREQUENZA(*) N° ORE	ORE DI SOSTEGNO ASSEGNATE	ORE DI ASSISTENZA ASSEGNATE	RIPETENZE

Scuola Secondaria di II° Grado

ANNO SCOLASTICO	NOME DELLA SCUOLA	CLASSE	TIPO DI FREQUENZA(*) N° ORE	ORE DI SOSTEGNO ASSEGNATE	ORE DI ASSISTENZA ASSEGNATE	RIPETENZE

(*) regolare/ridotta

ORGANIZZAZIONE SCOLASTICA GENERALE

1. Frequenza scolastica: Regolare Ridotta

n° ore settimanali:

(Per la Scuola Secondaria di II° Grado)

Idoneità alla frequenza delle attività tecnico-pratiche

2. Tipologia di programmazione (*):

curriculum di classe curriculum semplificato
 curriculum differenziato

3. Ore di sostegno settimanali n° e docenti: individuali ... (... ore area prof. e ... ore area prof. ssa), più ore di copertura di di gruppo.

Numero di ore settimanali di sostegno mediamente utilizzate in attività didattiche:

di classe	di gruppo	individuali

4. Orario settimanale delle attività dell'alunno (specificare nel caso in cui le attività differiscano dalle ore curricolari) ved. Tabella allegata

ORARIO (dalle/alle)	LUNEDI'	MARTEDI'	MERCOLEDI'	GIOVEDI'	VENERDI'	SABATO

Segnare con * le ore di lezione con sostegno

5. Interventi di assistenza e di aiuto personale

Indicare se l'alunno necessita di:

ASSISTENZA DI BASE (personale ATA) SI' NO

ASSISTENZA SPECIALISTICA (OSA) SI' NO

Tipo di intervento	N° ore settimanali
Per l'autonomia personale	
Per la comunicazione	
Per la relazione	
Per l'assistenza para-infermieristica	
Altro (specificare)	

Operatore di riferimento:

MODALITA' DI UTILIZZO DEL SERVIZIO ASSISTENZA EDUCATIVA SCOLASTICA

Attività in classe

Attività fuori dalla classe

6. Servizi scolastici (Indicare le necessità)

Mensa _____

Trasporto _____

Altro (specificare) _____

7. Partecipazione a progetti

7a. Progetti specifici per favorire l'integrazione scolastica SI NO

Indicare il tipo di progetto/laboratorio

-
-

7b. Altri progetti (autonomia, comunicazione, ecc.)

-
-
-

7c. Eventuali percorsi integrati scuola-territorio, stages-tirocini, pluriquale, scuola-lavoro (specificare giorni e orari)

-
- **Felicità, frequenta tutti i giorni ed esce col pulmino diretto al centro**
-
-

8. Ausili, tecnologie e materiali speciali:

Impiego di materiali e ausili, anche tecnologici, volti a facilitare la possibilità di autonomia e apprendimento degli alunni. Se posseduti barrare con una X.

Libri in Braille		Mouse speciali e dispositivi di puntamento	
Libri e materiali di lettura facilitati (es. con lettere e figure ingrandite per ipovedenti..., parlanti)		Tastiere speciali	
Ausili tecnici per la postura la deambulazione		Software didattici	
Ausili tecnici la comunicazione		Software per la comunicazione	
Touch Screen		Altro (indicare)	
Lavagna Interattiva Multimediale			

8. Farmaci:

Indicare la presenza a scuola di farmaci salvavita

SI'

NO

(*)*Tipologia di programmazione. Legenda:*

curricolo di classe: stessi contenuti della classe per arrivare ai minimi obiettivi di ogni area/disciplina

curricolo semplificato: scelta di contenuti più semplici e/o eliminazione di parte del programma con perseguimento di obiettivi più semplici

curricolo differenziato: la programmazione è diversa da quella curricolare.

INTERVENTI SOCIO EDUCATIVI

1. Interventi riabilitativi:

in orario scolastico

in orario extrascolastico

Tipo di intervento	Operatore di riferimento	N° incontri settimanali	Giorno	Orario
Logopedia				
Fisioterapia				
Psicomotricità				
Altro (specificare)				

2. Interventi sanitari e terapeutici:

(cure e terapie ad alto grado di specialità: interventi terapeutici e sanitari, come quelli condotti da neuropsichiatri, psicologi, neurologi...)

Tipo di intervento	Operatore di riferimento	N° incontri settimanali	Giorno	Orario
Altro (specificare)				

SITUAZIONE COMPORTAMENTALE AGGIORNATA

Rapporto con gli insegnanti

Rapporto con i coetanei

Rispetto delle regole

Livello di autonomia personale e/o sociale

FINALITA' FORMATIVE

- Migliorare il coordinamento oculo-manuale
- Favorire l'inserimento nel gruppo classe
- Acquisire una maggiore consapevolezza di sé
- Migliorare la capacità di attenzione e concentrazione
- Favorire la capacità di espressione e comunicazione
- Consolidare il rispetto delle regole sociali

AREE DI INTERVENTO SCOLASTICO

(elencare le aree/discipline)

AREA DI INTERVENTO DIDATTICO

(indicare l'area/disciplina)

OBIETTIVI SPECIFICI

Vedere tabella degli obiettivi operativi allegata.

METODOLOGIA

Itinerari, risorse e strategie di intervento

MODALITA' DI VERIFICA

COLLEGAMENTO CON LE ATTIVITÀ DI CLASSE E DI PLESSO

VERIFICA FINALE RELATIVA AGLI OBIETTIVI GENERALI

OBIETTIVI RAGGIUNTI
Abilità acquisite

OBIETTIVI GENERALI

- 1.
- 2.
- 3.

Obiettivo	Rilievo	Livello	Metodo di svolgimento
1	Obiettivo sostanzialmente raggiunto	Sufficiente	Totalmente Guidato
2	Obiettivo raggiunto in parte	Insufficiente	Guidato
3	Obiettivo Parzialmente raggiunto	Sufficiente	Parzialmente guidato

VALUTAZIONE DEGLI OBIETTIVI GENERALI

OBIETTIVI NON RAGGIUNTI
Abilità non acquisite

DIFFICOLTA' INCONTRATE

VERIFICA FINALE RELATIVA ALLE ATTIVITA' DI INSERIMENTO E INTEGRAZIONE

FREQUENZA

Ridotta continuativa saltuaria

NUMERO DI ORE SETTIMANALI DI SOSTEGNO UTILIZZATE IN ATTIVITA'
DIDATTICHE

--

Attività di gruppo:

--

Attività individuali:

--

ATTIVITA' ASSISTENZIALI

QUANTITATIVAMENTE SUFFICIENTI
INSUFFICIENTI

QUANTITATIVAMENTE

--

MODALITA' DI UTILIZZO DEL SERVIZIO ASSISTENZA SCOLASTICA

Attività in classe

--

Attività fuori dalla classe

--

ATTIVITA' INTEGRATIVE EXTRASCOLASTICHE

--

IPOSTESI DI INTERVENTO PER IL PROSSIMO ANNO SCOLASTICO

OBIETTIVI GENERALI PREVISTI

--

NUMERO DI ORE SETTIMANALI DI SOSTEGNO PREVISTE PER:
Attività di classe:

Attività di gruppo:

Attività individuali:

NECESSITA' ASSISTENZIALI PREVISTE

a) La comunicazione e la relazione	SI	NO	PER ORE
b) L'autonomia personale	SI	NO	PER ORE
c) Assistenza di base	SI	NO	

ATTIVITA' INTEGRATIVE EXTRASCOLASTICHE PREVISTE:

OSSERVAZIONI

Allegati:

Allegato 1 - Orario settimanale firmato dai genitori;

Allegato 2 - Tabella obiettivi operativi firmata da tutti i componenti del
CDC;

DATA __/__/_____

A.S. 2014-15 ORARIO SETTIMANALE ALUNNO _____ CLASSE _____

Allegato 1a

DOCENTI DI SOSTEGNO E ASSISTENTI ED. ALLA COMUNICAZIONE E AUTONOMIA

	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato
1						
2						
3						
4						
5	Esce alle ore	Esce alle ore	Esce alle ore	Esce alle ore	Esce alle ore	Esce alle ore

DOCENTI DI SOSTEGNO: _____ (ORE) – _____ (ORE)

ASSISTENTE ED. (ORE)

DOCENTE DI SOSTEGNO REFERENTE:

L'alunno/a frequenta dalle ore

non frequenta il

DATA: ___/___/_____

FIRMA DEI GENITORI: _____ ; _____

TABELLA OBIETTIVI OPERATIVI - ALUNNO/A

CLASSE

A.S. 2014-2015

Allegato 2a

MATERIA	OBIETTIVI OPERATIVI	VALUTAZIONE OBIETTIVI	MODALITÀ DI RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	LIVELLO	VOTO

FIRMA DI TUTTI I COMPONENTI DEL CDC:

ALUNNO
CLASSE
PEI INIZIALE A.S. 2014-15

COMPONENTI DEL GRUPPO DI LAVORO

Dirigente Scolastico/Presidente: _____

Consiglio di classe:

Insegnante/i di sostegno:

Assistenti Autonomia e comunicazione

ASL:

Consulenti esterni:

Unità operativa (NPI):

Ente Locale:

Genitori:

Data: ___/___/___