Ministero dell’Istruzione  
 Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio

ISTITUTO COMPRENSIVO FIANO  
 Indirizzo Musicale  
 Via L. Giustiniani, 20 – 00065 Fiano Romano (Rm)  
 Tel. 0765/389008   
 Cod.Mecc. RMIC874700D – Codice Fiscale: 97198090587  
 Peo: [rmic87400d@istruzione.it](mailto:rmic87400d@istruzione.it) – Pec: [rmic87400d@pec.istruzione.it](mailto:rmic87400d@pec.istruzione.it)  
 Sito web: [www.icfianoromano.edu.it](http://www.icfianoromano.edu.it)

**Piano Educativo Individualizzato**

**(ART. 7, D.LGS. 13 APRILE 2017, N. 66 E s.m.i)**

***Scuola dell’Infanzia***

***Anno Scolastico /***

Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Pr \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sezione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Plesso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Insegnante di sostegno\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Curriculum clinico** | | | | | |
| **Accertamento della condizione di disabilità in età evolutiva ai fini dell’inclusione scolastica (L. 104/92 art. 3** | **Data di rilascio** | | **Data scadenza o rivedibilità** | | **Non indicata** |
|  | |  | |  |
| **comma 1** |  |  | |  | |
| **comma 3** |  |  | |  | |
| **Certificazione per l’integrazione** |  |  | |  | |
| **Diagnosi clinica sintetica** |  | | | | |
| **Codici presenti nella diagnosi** |  | | | | |
| **Utilizzo di protesi sanitarie o ausili tecnici. Se sì, quali?** |  | | | | |
| **Periodi di ospedalizzazioni** |  | | | | |
| **Altro (farmaci, allergie,..)** |  | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Se il Profilo di funzionamento non disponibile | **Diagnosi funzionale** | **Redatto in data** |  |
| **Profilo dinamico funzionale** | **Data di approvazione** |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Profilo di funzionamento**  (se disponibile) |  | **Redatto in data** |  |  | |
| **Progetto individuale** |  | **Redatto in data** |  |  | **Non redatto** |
|  | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Pei provvisorio** | Data |  | Firma del dirigente Scolastico1  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ . |
| Verbale allegato n. |  |
| **Approvazione del pei e prima sottoscrizione** | Data |  | Firma del dirigente Scolastico1  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ . |
| Verbale allegato n. |  |
| **Verifica intermedia** | Data |  | Firma del dirigente Scolastico1  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ . |
| Verbale allegato n. |  |
| **Verifica finale**  **e proposte per l’A.S. successivo** | Data |  | Firma del dirigente Scolastico1  o suo delegato\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ . |
| Verbale allegato n. |  |

**COMPOSIZIONE DEL GLO – Gruppo di Lavoro Operativo per l’inclusione**

Art. 15, commi 10 e 11 della L. 104/1992 (come modif. dal D.Lgs 96/2019)

**Dirigente scolastico**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Cognome e nome |  | **Continuità A.S. precedente sì/no** |
|  |  |  |

**Team Docente**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Cognome e nome | Docente di | **Continuità A.S. precedente sì/no** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**\*** Il Gruppo Tecnico Operativo, garantisce la continuità nel rapporto con le famiglie e altri servizi e nel coordinamento delle attività, effettuando almeno 2 incontri (GLHO) annuali e, comunque, ogni volta che si ritenga necessario.

**Assistente per l’autonomia/Operatore per l’integrazione**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Cognome e nome** | **Riferimenti telefonici** | **Continuità A.S. precedente sì/no** |
|  |  |  |

**Genitori**

|  |  |
| --- | --- |
| **Cognome e nome** | **Riferimenti telefonici** |
|  |  |
|  |  |

**Responsabile ASL**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Cognome e nome** | **Riferimenti telefonici** | **Continuità A.S. precedente sì/no** |
|  |  |  |

**Altre figure**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Cognome e nome** | **Qualifica** | **Riferimenti telefonici** | **Continuità A.S. precedente sì/no** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Eventuali modifiche o integrazioni alla composizione del GLO, successive alla prima convocazione**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Data** | **Nome e Cognome** | **Qualifica** | **Variazione (nuovo membro, sostituzione, decadenza…)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| 1. **Quadro informativo** |
| **Situazione familiare/descrizione del bambino o della bambina**  A cura dei genitori o esercenti la responsabilità genitoriale ovvero di altri componenti del GLO |
|  |

|  |
| --- |
| **2. Elementi generali desunti dal profilo di funzionamento**  O se non disponibile, dalla Diagnosi Funzionale e dal Profilo Dinamico Funzionale (ove compilato) |
| Sintetica descrizione, considerando in particolare le dimensioni sulle quali va previsto l’intervento e che andranno quindi analizzate nel presente PEI |
|  |

|  |
| --- |
| *In base alle indicazioni del Profilo di Funzionamento (o della Diagnosi Funzionale e del Profilo Dinamico Funzionale se non è stato ancora redatto) sono individuate le dimensioni rispetto alle quali è necessario definire nel PEI specifici interventi. Le sezioni del PEI non coinvolte vengono omesse.* |
| Dimensione Socializzazione/Interazione/ Sezione 4A/5A  Va definita  Va omessa  Relazione  Dimensione Comunicazione/Linguaggio Sezione 4B/5A  Va definita  Va omessa  Dimensione Autonomia/ Orientamento Sezione 4C/5A  Va definita  Va omessa  Dimensione Cognitiva, Neuropsicologica e Sezione 4D/5A  Va definita Va omessa  dell'Apprendimento |

|  |
| --- |
| **3. RACCORDO CON IL PROGETTO INDIVIDUALE**  di cui all’art.14 Legge 328/200 |
| 1. *Sintesi dei contenuti del Progetto Individuale e sue modalità di coordinamento e interazione con il presente PEI, tenendo conto delle considerazioni della famiglia (se il progetto individuale è stato già redatto)* |
| 1. *Indicazioni da considerare nella redazione del progetto individuale di cui all’articolo 14 Legge n. 328/00 (se il progetto individuale è stato richiesto e deve ancora essere redatto)* |

|  |
| --- |
| **4. Osservazioni sul/sulla bambino/a per progettare gli interventi di sostegno didattico**  Punti di forza sui quali costruire gli interventi educativo-didattici |
| 1. **Dimensione della relazione, dell’interazione e della socializzazione**: |
| **b. Dimensione della comunicazione e del linguaggio**: |
| **c. Dimensione dell’autonomia e dell’orientamento:** |
| **d. Dimensione cognitiva, neuropsicologica e dell’apprendimento**: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Revisione** | **Data:** |  |
| Specificare i punti oggetto di eventuale revisione. |  | |

|  |
| --- |
| **5. Interventi per il/la bambino/a: obiettivi educativi - didattici, strumenti, strategie e modalità** |
| **A. Dimensione: RELAZIONE / INTERAZIONE / SOCIALIZZAZIONE →** *si faccia riferimento alla sfera affettivo relazionale, considerando l’area del sé, il rapporto con gli altri, la motivazione verso la relazione consapevole, anche con il gruppo dei pari, le interazioni con gli adulti di riferimento nel contesto scolastico, la motivazione all’apprendimento* |

**OBIETTIVI**

|  |
| --- |
| Obiettivi ed esiti attesi: |

**INTERVENTI EDUCATIVO-DIDATTICI e METODOLOGICI**

|  |  |
| --- | --- |
| Attività | Strategie e Strumenti |

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

|  |
| --- |
| **B. Dimensione: COMUNICAZIONE / LINGUAGGIO →** *si faccia riferimento alla competenza linguistica, intesa come comprensione del linguaggio orale, produzione verbale e relativo uso comunicativo del linguaggio verbale o di linguaggi alternativi o integrativi; si consideri anche la dimensione comunicazionale, intesa come modalità di interazione, presenza e tipologia di contenuti prevalenti, utilizzo di mezzi privilegiati* |

**OBIETTIVI**

|  |
| --- |
| Obiettivi ed esiti attesi |

**INTERVENTI EDUCATIVO-DIDATTICI e METODOLOGICI**

|  |  |
| --- | --- |
| Attività | Strategie e Strumenti |

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

|  |
| --- |
| **C. Dimensione: AUTONOMIA/ORIENTAMENTO →** *si faccia riferimento all'autonomia della persona e all'autonomia sociale, alle dimensioni motorio-prassica (motricità globale, motricità fine, prassie semplici e complesse) e sensoriale (funzionalità visiva, uditiva, tattile)* |

**OBIETTIVI**

|  |
| --- |
| Obiettivi ed esiti attesi |

**INTERVENTI EDUCATIVO-DIDATTICI e METODOLOGICI**

|  |  |
| --- | --- |
| Attività | Strategie e Strumenti |

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

|  |
| --- |
| **D. Dimensione COGNITIVA, NEUROPSICOLOGICA E DELL'APPRENDIMENTO *→*** *capacità mnesiche, intellettive e organizzazione spazio-temporale; livello di sviluppo raggiunto in ordine alle strategie utilizzate per la risoluzione di compiti propri per la fascia d’età, agli stili cognitivi, alla capacità di integrare competenze diverse per la risoluzione di compiti* |

**OBIETTIVI**

|  |
| --- |
| Obiettivi ed esiti attesi |

**INTERVENTI EDUCATIVO-DIDATTICI e METODOLOGICI**

|  |  |
| --- | --- |
| Attività | Strategie e Strumenti |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Revisione a seguito di verifica intermedia** | **Data:** |  |
| Specificare i punti oggetto di eventuale revisione relativi alle diverse Dimensioni interessate. |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Verifica conclusiva degli esiti** | **Data:** |  |
| Con verifica dei risultati conseguiti e valutazione sull’efficacia di interventi, strategie e strumenti |  | |

|  |
| --- |
| **6.Osservazioni sul contesto: barriere e facilitatori** |
| Osservazioni nel contesto scolastico-fisico, organizzativo, relazionale - con indicazione delle barriere e dei facilitatori a seguito dell’osservazione sistematica del bambino o della bambina e della sezione |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Revisione a seguito di verifica intermedia** | **Data:** |  |
| Specificare i punti oggetto di eventuale revisione. |  | |

| **7.Interventi sul contesto per realizzare un ambiente di apprendimento inclusivo** |
| --- |
| Tenendo conto di quanto definito nelle Sezioni 5 e 6, descrivere gli interventi previsti sul contesto e sull’ambiente di apprendimento. |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Revisione a seguito di verifica intermedia** | **Data:** |  |
| Specificare i punti oggetto di eventuale revisione. |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Verifica conclusiva degli esiti** | **Data:** |  |
| Con verifica dei risultati conseguiti e valutazione sull'efficacia di interventi, strategie e strumenti. |  | |

|  |
| --- |
| **8. Interventi sul percorso curricolare** |

8.1 Interventi educativo-didattici, strategie, strumenti nei diversi campi d’esperienza

|  |
| --- |
| **Modalità di sostegno educativo didattico ed ulteriori interventi di inclusione** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **CAMPO DI ESPERIENZA: IL SÉ E L’ALTRO** | Rispetto alla progettazione didattica della classe, sono applicate le seguenti personalizzazioni in relazione agli obiettivi di apprendimento (conoscenze, abilità, traguardi di competenze, alle strategie e metodologie didattiche, alle modalità di verifica e ai criteri di valutazione: |
|  |
| **CAMPO DI ESPERIENZA:**  **IL CORPO E IL MOVIMENTO** | Rispetto alla progettazione didattica della classe, sono applicate le seguenti personalizzazioni in relazione agli obiettivi di apprendimento (conoscenze, abilità, traguardi di competenze, alle strategie e metodologie didattiche, alle modalità di verifica e ai criteri di valutazione: |
|  |
| **CAMPO DI ESPERIENZA:**  **I DISCORSI E LE PAROLE** | Rispetto alla progettazione didattica della classe, sono applicate le seguenti personalizzazioni in relazione agli obiettivi di apprendimento (conoscenze, abilità, traguardi di competenze, alle strategie e metodologie didattiche, alle modalità di verifica e ai criteri di valutazione: |
|  |
| **CAMPO DI ESPERIENZA:**  **LA CONOSCENZA DEL MONDO** | Rispetto alla progettazione didattica della classe, sono applicate le seguenti personalizzazioni in relazione agli obiettivi di apprendimento (conoscenze, abilità, traguardi di competenze, alle strategie e metodologie didattiche, alle modalità di verifica e ai criteri di valutazione: |
|  |
| **CAMPO DI ESPERIENZA:**  **IMMAGINI, SUONI E COLORI** | Rispetto alla progettazione didattica della classe, sono applicate le seguenti personalizzazioni in relazione agli obiettivi di apprendimento (conoscenze, abilità, traguardi di competenze, alle strategie e metodologie didattiche, alle modalità di verifica e ai criteri di valutazione: |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Revisione a seguito di verifica intermedia** | **Data:** |  |
| Specificare i punti oggetto di eventuale revisione. |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Verifica conclusiva degli esiti** | **Data:** |  |
| Con verifica dei risultati didattici conseguiti e valutazione sull'efficacia di interventi, strategie e strumenti riferiti anche all’ambiente di apprendimento.  *NB La valutazione dei traguardi di sviluppo delle competenze previsti nei campi di esperienza delle indicazioni nazionali è effettuata da tutti i docenti della sezione.* |  | |

|  |
| --- |
| **9.ORGANIZZAZIONE GENERALE DEL PROGETTO DI INCLUSIONE E UTILIZZO DELLE RISORSE** |

|  |
| --- |
| Per l’alunno, a causa della gravità della patologia, ai fini dell’integrazione scolastica e del conseguimento degli obiettivi proposti e tenuto conto del profilo di funzionamento/Diagnosi funzionale, si propone in ambito scolastico N. \_\_\_\_ ore di sostegno didattico e N. \_\_\_\_ ore destinate agli interventi di assistenza per il corrente anno scolastico, 20 – 20 come indicato nella verifica finale del PEI a fronte delle ore assegnate: |

**ORARIO SETTIMANALE**

Per ogni ora specificare:

se il/la bambino/a è presente a scuola salvo assenze occasionali

se è presente l’insegnante di sostegno

se è presente l’assistente all’autonomia o alla comunicazione

indicare:

Pres.

Sost.

Ass.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ora | Lunedi | Martedi | Mercoledi | Giovedi | Venerdi |
| 8.00 - 9.00 **\*** |  |  |  |  |  |
| 9.00 - 10.00 |  |  |  |  |  |
| 10.00 - 11.00 |  |  |  |  |  |
| 11.00 - 12.00 |  |  |  |  |  |
| 12.00 - 13.00 |  |  |  |  |  |
| 13.00 - 14.00 |  |  |  |  |  |
| 14.00 - 15.00 |  |  |  |  |  |
| 15.00 - 16.00 |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Il bambino/a frequenta con orario ridotto? | \_\_\_ Sì: è presente a scuola per \_\_\_ ore settimanali rispetto alle \_\_\_ ore della classe, nel periodo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (indicare il periodo dell’anno scolastico), su richiesta della famiglia e degli specialisti sanitari, in accordo con la scuola, per le seguenti motivazioni \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_ No, frequenta regolarmente tutte le ore previste per la classe |
| Il bambino/a è sempre nella sezione? | \_\_\_ Sì  \_\_\_ No, in base all'orario svolge nel periodo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (indicare il periodo dell’anno scolastico), \_\_\_\_ ore in altri spazi per le seguenti attività \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con un gruppo di compagni ovvero individualmente per le seguenti oggettive comprovate e particolari circostanze educative e didattiche \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Insegnante per le attività di sostegno | Numero di ore settimanali: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Risorse destinate agli interventi di assistenza igienica e di base | Descrizione del servizio svolto dai collaboratori scolastici: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Risorse professionali destinate all'assistenza, all'autonomia e/o alla comunicazione | Tipologia di assistenza / figura professionale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Numero di ore settimanali condivise con l’ente competente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Altre risorse professionali presenti nella scuola/sezione | [ ] docenti della sezione o della scuola in possesso del titolo di specializzazione per le attività di sostegno  [ ] docenti dell’organico dell’autonomia coinvolti/e in progetti di inclusione o in specifiche attività rivolte al/alla bambino/a e/o alla sezione  [ ] altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Uscite didattiche, visite guidate e viaggi di istruzione | Interventi previsti per consentire al bambino o alla bambina di partecipare alle uscite didattiche e alle visite guidate per la sezione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Strategie per la prevenzione e l’eventuale gestione di comportamenti problematici | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Attività o progetti sull’inclusione rivolti alla classe | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Trasporto Scolastico | Indicare le modalità di svolgimento del servizio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Interventi e attività extrascolastiche attive**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| attività terapeutico-riabilitativo | n° ore:  \_\_\_\_\_ | Struttura: | Obiettivi perseguiti ed eventuali raccordi con il PEI: | NOTE  (altre informazioni utili) |
| Attività extrascolastiche di tipo formale, informale e non formale (es.: attività/ludico, motorie, artistiche, etc.) |  | Supporto: | Obiettivi perseguiti ed eventuali raccordi con il PEI: | NOTE  (altre informazioni utili) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Revisione a seguito di verifica intermedia** | **Data:** |  |
| Specificare i punti oggetto di eventuale revisione relativi alle risorse professionali dedicate. |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Il presente P.E.I. è stato redatto:** | **Cognome e nome** | **Firma** |
| **Dirigente scolastico o suo delegato** |  |  |
| **Insegnante specializzato nelle attività di Sostegno** |  |  |
| **Insegnanti Curricolari** |  |  |
| **Genitori dell’alunno o chi ne fa le veci** |  |  |
| **Neuropsichiatra infantile** |  |  |
| **Psicologo dell’età evolutiva** |  |  |
| **Logopedista** |  |  |
| **Neuropsicomotricista** |  |  |
| **Referente area minori del servizio sociale** |  |  |
| **Operatori AEC** |  |  |
| **Altro** |  |  |

Fiano Romano, lì