



**ISTITUTO COMPRENSIVO N. 1 CENTO**  
 Sede: via Dante Alighieri, 6 – 44042 Cento (Ferrara)  
 Tel 051/904030 fax 051/6857738 - Cod. Meccanografico FEIC81800P  
 e-mail [feic81800p@istruzione.it](mailto:feic81800p@istruzione.it) – [www.istitutocomprendivo1cento.it](http://www.istitutocomprendivo1cento.it)

**PIANO EDUCATIVO INDIVIDUALIZZATO**

Anno Scolastico ...../.....

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

LUOGO E DATA DI NASCITA: \_\_\_\_\_

SCUOLA \_\_\_\_\_ CLASSE \_\_\_\_\_ SEZIONE \_\_\_\_\_

ORGANIZZAZIONE SCOLASTICA:   INFANZIA: full-time/part-time  
   PRIMARIA: ore N° \_\_\_\_\_ /Tempo Pieno  
   SECONDARIA I GRADO: 30 ore /Tempo Prolungato

**COMPONENTI DEL GRUPPO DI LAVORO**

DIRIGENTE SCOLASTICO \_\_\_\_\_

DOCENTI CLASSE/SEZIONE:	nome	discipline/ambiti
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

DOCENTE DI SOSTEGNO \_\_\_\_\_

EDUCATORI \_\_\_\_\_

**GRUPPO OPERATIVO DELL'ASL**

REFERENTE DOTT. \_\_\_\_\_

EDUCATORE ASL \_\_\_\_\_

LOGOPEDISTA \_\_\_\_\_

FISIOTERAPISTA \_\_\_\_\_

**QUADRO FAMILIARE**

**Componenti nucleo familiare**

Nome	Rapporto di parentela	Luogo e data di nascita	Professione

- **L'alunno vive in famiglia**  SI  NO  
 se no, dove? \_\_\_\_\_
- **In famiglia convivono altre persone:** Non  Z  Cugi  Altri
- **La famiglia è:** Natura  Adottant  Affidatari

**PROFILO DELL'ALUNNO**

La scuola è in possesso di Diagnosi Funzionale:  SI  NO

Data della Diagnosi Funzionale: \_\_\_\_\_

Codici classificazione ICD10 riportati nel D.F.: \_\_\_\_\_

## PROFILO DIDATTICO

<b>DATI RELATIVI ALLA PRECEDENTE SCOLARIZZAZIONE</b>			
Anno scolastico	Scuola frequentata	Classe/ sezione	Tipo di frequenza (regolare/irregolare)

L'alunno fruisce di una riduzione dell'orario di lezione

 SI

 NO

Se si, in quali giorni: .....

Di quante ore: .....

**L'alunno utilizza:** (descrivere se utilizza trasporti speciali con o senza accompagnatore; particolari strumenti e/o ausili sia per gli apprendimenti che per le autonomie, ecc.)

La mensa saltuariamente	SÌ	NO
La mensa tutti i giorni	SÌ	NO
Il trasporto speciale	SÌ	NO
Il trasporto speciale con accompagnatore	SÌ	NO
Il servo scala	SÌ	NO
Il bagno attrezzato	SÌ	NO
La carrozzella	SÌ	NO
Il banco speciale	SÌ	NO
Ausili informatici	SÌ	NO
Il P.C. con software particolari	SÌ	NO
L'ambiente di riposo	SÌ	NO
Strumenti e ausili particolari	SÌ	NO

Altro _____	Sì	NO
-------------	----	----

EVENTUALI INTERVENTI RIABILITATIVI IN ORARIO SCOLASTICO

EVENTUALI INTERVENTI RIABILITATIVI IN ORARIO EXTRASCOLASTICO

**Risorse umane a sostegno del processo di integrazione, in aggiunta ai docenti disciplinari assegnati alla classe**

- Docente specializzato per il sostegno n. ore settimanali \_\_\_\_\_
- Educatori n. ore settimanali \_\_\_\_\_
- Altre figure n. ore settimanali \_\_\_\_\_

ORARIO SETTIMANALE DELL'ALUNNO						
	LUNEDI'	MARTEDI'	MERCOLEDI'	GIOVEDI'	VENERDI'	SABATO
1^ ORA -						
2^ ORA -						
3^ ORA -						
4^ ORA -						
5^ ORA -						
6^ ORA -						
7^ ORA -						
8^ ORA -						

### CARATTERISTICHE FISICHE

Utilizza di protesi sanitarie o ausili tecnici:  SI  NO

se sì, quali? .....

Effettua trattamenti farmacologici in orario scolastico:  SI  NO

se sì, quali?.....

somministrati dal genitore  da personale specializzato

somministrati da docenti/educatori previa autorizzazione  
scritta rilasciata dalla pediatria di comunità:  SI  NO

se sì, quali?.....

## FUNZIONALITÀ PSICOMOTORIA

Buona coordinazione motoria generale:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	.....	
Dominanza laterale:	<input type="checkbox"/> Destra	<input type="checkbox"/> Sinistra	<input type="checkbox"/> Crociata	<input type="checkbox"/> Non acquisita
Buona motricità fine	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	.....	
Disgrafia	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	.....	
Dislessia	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	.....	
Buona coordinazione spazio-temporale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	.....	

## CARATTERISTICHE COMPORTAMENTALI

Gestione dell'emotività:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> IN PARTE	
Collaborazione e partecipazione:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> IN PARTE	
Frequenza:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	.....	
Accettazione delle regole:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> IN PARTE	
Motivazione al lavoro scolastico:	<input type="checkbox"/> alta	<input type="checkbox"/> adeguata	<input type="checkbox"/> Bassa/indifferente	<input type="checkbox"/> nulla/rifiuto
Rispetto degli impegni e delle responsabilità:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> IN PARTE	

## DESCRIZIONE DELLA CLASSE/SEZIONE

N° alunni della classe \_\_\_\_\_

di cui certificati N° \_\_\_\_\_

Situazione generale della classe/sezione

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**VALUTAZIONE FUNZIONALE**

Attenzione: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Memoria: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sfera affettivo-relazionale: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Grado di autonomia: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Organizzazione spazio-temporale: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Abilità logiche-matematiche: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



---

---

Area comunicativa linguistico-espressiva: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

Motricità globale: \_\_\_\_\_

---

---

---

Motricità fine: \_\_\_\_\_

---

---

---

**PROGRAMMAZIONE DEGLI INTERVENTI DIDATTICO – EDUCATIVI**

Per l'alunno viene predisposta:

- Programmazione individualizzata in tutte le aree disciplinari
- Programmazione individualizzata in alcune aree disciplinari: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Programmazione della classe/sezione con particolari adattamenti e semplificazioni (riconducibile agli obiettivi ministeriali):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Altro: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**PROGETTAZIONE DIDATTICO-EDUCATIVA**

1. Obiettivi educativi e formativi trasversali

---

---

---

2. Obiettivi Specifici di Apprendimento

---

---

---

3. Metodologia

---

---

---

4. Mezzi e strumenti

---

---

---

5. Spazi

---

---

---

6. Verifica

---

---

---

7. Valutazioni

---

---

---

Data di compilazione, \_\_\_\_\_

Firme

_____	(Docente di sostegno)
_____	(_____)
_____	(_____)
_____	(_____)
_____	(_____)
_____	(_____)
_____	(_____)
_____	(_____)