**SCUOLA DELL’INFANZIA**

|  |  |
| --- | --- |
| Nuovo-logo-md | Istituto Comprensivo “Giovanni XXIII”  COMUNI DI RIFERIMENTO E PLESSI ASSOCIATI:  Comune di Arona: Scuole dell’Infanzia “Cesare Battisti” e “Via Piave”; Scuole Primarie "Dante Alighieri”,  "Anna Frank", “Paolo Nicotera”, “Gian Filippo Usellini” e Scuola Secondaria di Primo Grado "Giovanni XXIII"  Comune di Oleggio Castello: Scuola dell’infanzia e Scuola Primaria “Sandro Pertini”  Via Monte Rosa, 36 - 28041 Arona (NO)  🕿 0322 242319 - Fax: 0322 248119  PEC: [noic821001@pec.istruzione.it](mailto:noic821001@pec.istruzione.it) - E-mail: [noic821001@istruzione.it](mailto:noic821001@istruzione.it) - [*www.icarona.gov.it*](http://www.icarona.gov.it)  **C. M.: NOIC821001**  - **C. F.: 90006600036 - C.U.U. UFFARY - C.T.U. 314229** |

**Piano Educativo Individualizzato - verifica intermedia**

(art. 7, D. Lgs. 13 aprile 2017, n. 66 e s.m.i.)

**Anno Scolastico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

BAMBINO/A ,codice sostitutivo personale

Sezione Plesso o sede

## ACCERTAMENTO DELLA CONDIZIONE DI DISABILITÀ IN ETÀ EVOLUTIVA AI FINI DELL'INCLUSIONE

SCOLASTICA rilasciato in data

## Data scadenza o rivedibilità: Non indicata

PROFILO DI FUNZIONAMENTO redatto in data \_ Nella fase transitoria:

##  PROFILO DI FUNZIONAMENTO NON DISPONIBILE

DIAGNOSI FUNZIONALE redatta in data

PROFILO DINAMICO FUNZIONALE approvato in data

**PROGETTO INDIVIDUALE** [ ] redatto in data [ ] da redigere

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| PEI PROVVISORIO | DATA  VERBALE ALLEGATO N. | FIRMA DEL DIRIGENTE SCOLASTICO1  ……………………… . |
| APPROVAZIONE DEL PEI  E PRIMA SOTTOSCRIZIONE | DATA  VERBALE ALLEGATO N. | FIRMA DEL DIRIGENTE SCOLASTICO1  ……………………… . |
| VERIFICA INTERMEDIA | DATA  VERBALE ALLEGATO N. | FIRMA DEL DIRIGENTE SCOLASTICO1  ……………………… . |
| VERIFICA FINALE E PROPOSTE PER L’A.S. SUCCESSIVO | DATA  VERBALE ALLEGATO N. | FIRMA DEL DIRIGENTE SCOLASTICO1  ……………………… . |

(1) o suo delegato

# 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)

|  |  |
| --- | --- |
| Nome e Cognome | \*specificare a quale titolo ciascun componente interviene al GLO |
|  |  |
| 2. |  |
| 3. |  |
| 4. |  |
| 5. |  |
| 6. |  |
| 7. |  |
| … |  |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Data | Nome e Cognome | \*specificare a quale titolo ciascun componente interviene al GLO | Variazione (nuovo membro,  sostituzione, decadenza…) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

# Osservazioni sul bambino/sulla bambina per progettare gli interventi di sostegno didattico

**Punti di forza sui quali costruire gli interventi educativo-didattici**

|  |
| --- |
| **a. 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 a seguito di Verifica intermedia**

|  |  |
| --- | --- |
| Specificare i punti oggetto di revisione |  |

# Interventi per il bambino/la bambina: obiettivi educativo-didattici, strumenti, strategie e modalità

* 1. **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
  2. **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
  3. **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)
  4. **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

**Revisione a seguito di Verifica intermedia**

|  |  |
| --- | --- |
| Specificare i punti oggetto di revisione relativi alle diverse Dimensioni interessate |  |

# 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**

|  |  |
| --- | --- |
| Specificare i punti oggetto di evisione |  |

# 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 revisione |  |

# Interventi sul percorso curricolare

**Interventi educativo-didattici, strategie, strumenti nei diversi campi di esperienza**

**Revisione a seguito di Verifica intermedia** Data:

|  |  |
| --- | --- |
| Specificare i punti oggetto di revisione |  |

# Organizzazione generale del progetto di inclusione e utilizzo delle risorse

**Tabella orario settimanale**

(da adattare - a cura della scuola - in base all'effettivo orario della sezione)

Per ogni ora specificare:

* se il/la bambino/a è presente a scuola salvo assenze occasionali Pres.  (se è sempre presente non serve specificare)
* se è presente l'insegnante di sostegno Sost. 
* se è presente l'assistente all'autonomia o alla comunicazione Ass. 

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Orario | Lunedì | Martedì | Mercoledì | Giovedì | Venerdì | Sabato |
| 8.00 - 9.00 | Pres.   Sost.  Ass.  |  |  |  |  |  |
| 9.00 - 10.00 | Pres.   Sost.  Ass.  |  |  |  |  |  |
| 10.00 – 11.00 | Pres.   Sost.  Ass.  |  |  |  |  |  |
| 11.00 - 12.00 | Pres.   Sost.  Ass.  |  |  |  |  |  |
| 12.00 - 13.00 | Pres.   Sost.  Ass.  |  |  |  |  |  |
| … | … |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Il/la 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/la 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 e visite guidate | Interventi previsti per consentire al bambino o alla bambina di partecipare alle uscite didattiche e alle visite guidate organizzate per la sezione |
| Strategie per la  prevenzione e l’eventuale gestione di situazioni e 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- riabilitative | 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/ricreative, motorie, artistiche, etc.) |  | supporto | Obiettivi perseguiti ed eventuali raccordi con il PEI | NOTE  (altre informazioni utili) |

**Revisione a seguito di Verifica intermedia**

Specificare i punti oggetto di eventuale revisione relativi alle risorse professionali dedicate

### La verifica intermedia, con le relative modifiche/integrazioni/revisioni rispetto a quanto previsto a inizio anno, è stata approvata dal GLO in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Come risulta da verbale n. \_\_\_\_ allegato

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nome e Cognome | \*specificare a quale titolo ciascun componente interviene al GLO | FIRMA |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |
| 5. |  |  |
| 6. |  |  |
| 7. |  |  |