|  |
| --- |
| **Ministero dell’istruzione, dell’università e della ricerca**  **Istituto Comprensivo COMO REBBIO**  Via Cuzzi, 6 – 22100 COMO  Tel. 031 591280- 031 507349 – Fax. 031 5000932  Codice Meccanografico COIC84300D – C.F. 80012520138  Email uffici:coic84300d@istruzione.it– coic84300d@pec.istruzione.it  sito: [www.](http://www.istitutocomprensivocomorebbio.it/)iccomorebbio.gov.it  **Scuola dell’Infanzia di**  **PIANO EDUCATIVO INDIVIDUALIZZATO** |
| ALUNNO |
| NATO IL A |
| RESIDENTE A |
| CLASSE / SEZIONE |
| **ANNO SCOLASTICO 20 /20** |
| **CODICE FISCALE** |
| **CODICE SPECIFICO ALUNNO** (Vedi Diagnosi Funzionale) |

|  |  |
| --- | --- |
| **COMPONENTI DEL GRUPPO DI LAVORO** | |
| **SCUOLA** | |
| Dirigente Scolastico: | |
| Docente di sostegno: | |
| Docenti curricolari: | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
| Operatore psicopedagogico o altro | |
| **AZIENDE SANITARIE** | |
| Coordinatore U.M.D.: | |
| Altri operatori: | |
|  | |
|  | |
|  | |
| **ENTI LOCALI** | |
|  | |
|  | |
| **FAMIGLIA** | |
|  | |
|  | |
| 1. **PROGETTOTERAPEUTICO RIABILITATIVO** |
| **OBIETTIVI** |
|  |
| **INTERVENTI E MODALITÀ** |
|  |
| **VERIFICA INTERMEDIA** |
|  |
| **VERIFICA FINALE** |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **PROGETTO DI SOCIALIZZAZIONE, DI ASSISTENZA**   **E DI INTEGRAZIONE DELLE ATTIVITA’** |
| **OBIETTIVI** |
|  |
| **INTERVENTI E MODALITÀ** |

Condivisione insegnanti di classe: data: firma:

Condivisione con i genitori: data: firma:

**VERIFICA INTERMEDIA**

Condivisione insegnanti di classe: data: firma:

Condivisione con i genitori: data: firma:

**VERIFICA FINALE**

Condivisione insegnanti di classe: data: firme:

Condivisione con i genitori: data: firme:

|  |
| --- |
| 1. **PROGETTO EDUCATIVO - DIDATTICO** |
| **OBIETTIVI** |
|  |
| **INTERVENTI E MODALITÀ** |
|  |

Condivisione insegnanti di classe: data: firme:

Condivisione con i genitori: data: firme:

**VERIFICA INTERMEDIA**

Condivisione insegnanti di classe: data: firme:

Condivisione con i genitori: data: firme:

**VERIFICA FINALE**

Condivisione insegnanti di classe: data: firme:

Condivisione con i genitori: data: firme:

|  |
| --- |
| 1. **PROGRAMMAZIONE EDUCATIVO-DIDATTICA PERSONALIZZATA (da allegare)** |
| **PRIMO INCONTRO** |
| **Eventuali osservazioni** |
|  |

DATA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRME

|  |
| --- |
| **VERIFICA INTERMEDIA** |
| **Sintesi ed eventuale ridefinizione degli interventi** |
|  |

DATA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRME

|  |
| --- |
| **VERIFICA FINALE** |
|  |

DATA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRME

**IL CONSIGLIO DI CLASSE / L’EQUIPE PEDAGOGICA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Docente** | **Qualifica** | **Firma** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |