



*Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca* **UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO**

**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE PIEDIMONTE SAN GERMANO**  
**SCUOLA INFANZIA, PRIMARIA E SECONDARIA DI 1°GRADO** VIA MILAZZO, 21- 03030  
PIEDIMONTE SAN GERMANO (FR) Tel. 0776404441 - Fax 0776404381 - C.M. FRIC82500D- C.F.  
81002850600PEO: [fric82500d@istruzione.it](mailto:fric82500d@istruzione.it) - PEC: [fric82500d@pec.istruzione.it](mailto:fric82500d@pec.istruzione.it) - SITO WEB:  
[www.icpedimontesangermano.it](http://www.icpedimontesangermano.it)

## **Piano Educativo Individualizzato**

**Alunno**

.....

**Docente di Sostegno**

.....

**Anno Scolastico 20... /20...**





## **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
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	

### **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...)

## Profilo iniziale

### FUNZIONI CORPOREE

a. <b>funzioni mentali</b> ( <i>attenzione, memoria, psicomotorie, emozionali, percettive, pensiero, cognitive di base, cognitive di livello superiore, linguaggio, calcolo, sequenza dei movimenti complessi, esperienza del sé e del tempo</i> )
b. <b>funzioni sensoriali</b> ( <i>visive, uditive, sensoriali del gusto, dell'olfatto, del tatto, percezione del dolore</i> )
c. <b>funzioni dell'eloquio</b> ( <i>voce, articolazione della voce, fluidità e ritmo dell'eloquio, vocalizzazione alternativa, altro</i> )
d. <b>Funzioni dei sistemi cardiovascolare, ematologico, immunologico e dell'apparato respiratorio</b> ( <i>in relazione ai dati acquisiti dalla certificazione</i> )
e. <b>Funzioni dell'apparato digerente e dei sistemi metabolico ed endocrino</b> ( <i>in relazione ai dati acquisiti dalla certificazione</i> )
f. <b>Funzioni genitourinarie e riproduttive</b> ( <i>in relazione ai dati acquisiti dalla certificazione</i> )
g. <b>Funzioni neuro-muscoloscheletriche e correlate al movimento</b> ( <i>in relazione ai dati acquisiti dalla certificazione</i> )
h. <b>Funzioni della cute e delle strutture correlate</b> ( <i>in relazione ai dati acquisiti dalla certificazione</i> )

---

<sup>1</sup> Le seguenti aree, e i relativi indicatori, sono tratti dalla classificazione ICF-CY dell'OMS, 2007. Il docente utilizza gli indicatori come base per le osservazioni iniziali. La descrizione del profilo iniziale, necessariamente personalizzato, può essere integrata, modificata e arricchita nel corso del processo di insegnamento/apprendimento.

## ATTIVITÀ PERSONALI

a. <b>Apprendimento e applicazione delle conoscenze</b>
i. <b>Esperienze sensoriali intenzionali</b> ( <i>guardare, ascoltare, altro</i> )
ii. <b>Apprendimento di base</b> ( <i>copiare, imparare attraverso le azioni con gli oggetti, acquisire informazioni, acquisire il linguaggio, ripetere, acquisire concetti, imparare a leggere, imparare a scrivere, imparare a calcolare, acquisizione di abilità e pratiche, altro</i> )
iii. <b>Applicazione delle conoscenze</b> ( <i>focalizzare l'attenzione, dirigere l'attenzione, pensare, leggere, scrivere, calcolare, risoluzione di problemi, prendere decisioni</i> )
b. <b>Compiti e richieste generali</b> ( <i>intraprendere un compito singolo, intraprendere compiti articolati, eseguire la routine quotidiana, gestire la tensione e altre richieste di tipo psicologico, controllare il proprio comportamento</i> )
c. <b>Comunicazione</b>
i. <b>Comunicazione-ricevere</b> ( <i>comunicare e ricevere messaggi verbali, non verbali, nel linguaggio dei segni, con messaggi scritti</i> )
ii. <b>Comunicazione-produrre</b> ( <i>parlare, vocalizzazione prelinguistica, cantare, produrre messaggi non verbali, produrre messaggi nel linguaggio dei segni, scrivere messaggi</i> )
iii. <b>Conversazione e uso di strumenti e tecniche di comunicazione</b> ( <i>conversazione, discussione, utilizzo di strumenti e tecniche di comunicazione, conversazione e uso di strumenti e tecniche di comunicazione</i> )

<b>d. Mobilità</b>
<p>i. <b>Cambiare e mantenere una posizione corporea</b> (<i>cambiare la posizione corporea di base, mantenere una posizione corporea, trasferirsi</i>)</p>
<p>ii. <b>Trasportare, spostare e maneggiare oggetti</b> (<i>sollevare e trasportare oggetti, spostare oggetti con gli arti inferiori, uso fine della mano, uso della mano e del braccio, uso fine del piede</i>)</p>
<p>iii. <b>Camminare e spostarsi</b> (<i>camminare, spostarsi, spostarsi usando apparecchiature/ausili</i>)</p>
<b>e. Cura della propria persona</b> ( <i>lavarsi, prendersi cura di singole parti del corpo, bisogni corporali, vestirsi, mangiare, bere, prendersi cura della propria salute, badare alla propria sicurezza</i> )
<b>f. Interazioni e relazioni interpersonali</b>
<p>i. <b>Interazioni interpersonali generali</b> (<i>interazioni interpersonali semplici, interazioni interpersonali complesse e/o generali</i>)</p>
<p>ii. <b>Relazioni interpersonali particolari</b> (<i>entrare in relazione con estranei, relazioni formali, relazioni sociali informali, relazioni familiari</i>)</p>

Rapporti	
<b>a.</b>	<b>con la famiglia</b>
<b>b.</b>	<b>con il Servizio Età Evolutiva</b>
<b>c.</b>	<b>con il GLH di Istituto</b>
<b>d.</b>	<b>altri</b>

Risorse	
<b>a.</b>	<b>Documentazione scolastica</b>
<b>b.</b>	<b>Competenze presenti nel Consiglio di Classe, Interclasse e Intersezione</b>
<b>c.</b>	<b>Addetto all'assistenza</b>
<b>d.</b>	<b>Tempo scuola e sua organizzazione</b>
<b>e.</b>	<b>Monte ore di sostegno e sua organizzazione</b>
<b>f.</b>	<b>Attrezzature, sussidi, ausili</b>
<b>g.</b>	<b>Collaborazione interne</b>
<b>h.</b>	<b>Altre risorse</b>



	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato
8.00 - 9.00	Pres. <input type="checkbox"/> Sost. <input type="checkbox"/> Ass. <input type="checkbox"/>					
9.00 - 10.00	Pres. <input type="checkbox"/> Sost. <input type="checkbox"/> Ass. <input type="checkbox"/>					
10.00 - 11.00	Pres. <input type="checkbox"/> Sost. <input type="checkbox"/> Ass. <input type="checkbox"/>					
11.00 - 12.00	Pres. <input type="checkbox"/> Sost. <input type="checkbox"/> Ass. <input type="checkbox"/>					
12.00 - 13.00	Pres. <input type="checkbox"/> Sost. <input type="checkbox"/> Ass. <input type="checkbox"/>					
...	...					

L'alunno/a frequenta con orario ridotto?	<input type="checkbox"/> Sì: è presente a scuola per ___ ore settimanali rispetto alle ___ ore della classe, su richiesta <input type="checkbox"/> della famiglia <input type="checkbox"/> degli specialisti sanitari, in accordo con la scuola, per le seguenti motivazioni:..... ..... <input type="checkbox"/> No, frequenta regolarmente tutte le ore previste per la classe
L'alunno/a è sempre nel gruppo classe con i compagni?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No, in base all'orario è presente n. ___ ore in laboratorio o in altri spazi per le seguenti attività _____
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/classe	[ ] docenti del Consiglio di classe 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 all'alunno/a e/o alla classe [ ] altro _____
Uscite didattiche, visite guidate e viaggi di istruzione	Interventi previsti per consentire all'alunno/a di partecipare alle uscite didattiche, alle visite guidate e ai viaggi di istruzione organizzati per la classe.....
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**

Tipologia (es. riabilitazione, attività extrascolastiche, attività ludico/ricreative, trasporto scolastico etc.)	n° ore	struttura	Obiettivi perseguiti ed eventuali raccordi con il PEI	NOTE (altre informazioni utili)
Attività extrascolastiche di tipo informale		supporto	Obiettivi perseguiti ed eventuali raccordi con il PEI	NOTE (altre informazioni utili)

**Data**

\_\_\_\_\_

**Firma**

\_\_\_\_\_

# Approvazione del Piano Educativo Individualizzato

Alunno:

Classe:

Anno Scolastico: 20\_\_ - 20\_\_

## I componenti del GLO

docente .....

Operatore Sociosanitario.....

Assistente:.....

Il Dirigente Scolastico: .....

I genitori .....

Insegnante di sostegno.....

Piedimonte S.Germano, \_\_\_\_\_