   

**ISTITUTO COMPRENSIVO MONTE ROSELLO BASSO - SASSARI
SCUOLA DELL’INFANZIA – SCUOLA PRIMARIA – SCUOLA SECONDARIA 1° GRADO**P.zza Sacro Cuore n. 16 – 07100 SASSARI
Tel. +39 079.2845414
e-mail: ssic850002@istruzione.it PEC: ssic850002@pec.istruzione.it C.F. 92128490908

**INTEGRAZIONE PEI**

**RELAZIONE FINALE**

A.S. \_\_\_\_/\_\_\_\_

CODICE IDENTIFICATIVO ALUNNO/A: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SCUOLA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CLASSE: \_\_\_\_\_\_ SEZ \_\_\_\_\_\_\_

PLESSO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

COD. ID. ALUNNO/A:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TEMPO SCUOLA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ORE DI FREQUENZA[[1]](#footnote-1)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DIAGNOSI CLINICA SINTETICA**:

|  |
| --- |
|  |

**1**) **ORARIO DELL’INSEGNANTE DI SOSTEGNO, EVENTUALE CAMBIAMENTO**

 SI (se si, riportare il nuovo orario e indicare la motivazione)

 NO

**Motivazione**:

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Lunedì | Martedì | Mercoledì | Giovedì | Venerdì | Sabato |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |

**2)** **TIPO DI PROGRAMMAZIONE SEGUITA DALL’ALUNNO**:

 COMUNE ALLA CLASSE

 PER OBIETTIVI MINIMI**[[2]](#footnote-2)**

 DIFFERENZIATA**[[3]](#footnote-3)**

 ALTRO**[[4]](#footnote-4)** (specificare)

|  |
| --- |
|  |

**3)** **COLLABORAZIONI:**

* **SCUOLA-FAMIGLIA** *(Indicare le figure e la periodicità):*

|  |
| --- |
|  |

* **EQUIPE-PSICO-MEDICA** *(Indicare le figure, gli ambiti e la periodicità):*

|  |
| --- |
|  |

* **ASSISTENZA** *(Indicare la tipologia, le modalità di collaborazione ed eventuali modifiche orarie):*

|  |
| --- |
|  |

**4) E’ STATO SVOLTO IL GLO DURANTE IL SECONDO QUADRIMESTRE?**

 SI (*inserire la/e data/e*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NO

**CONTENUTI DELL’INCONTRO:**

|  |
| --- |
|  |

**5)** **VALUTAZIONE DEI LIVELLI DI COMPETENZA RAGGIUNTI DALL’ALUNNO IN BASE AGLI OBIETTIVI TRASVERSALI.**

* **GLI OBIETTIVI SONO STATI MODIFICATI, SEMPLIFICATI O INCREMENTATI?**

 SI

 NO

 IN PARTE

**Motivazioni**:

|  |
| --- |
|  |

* **AREA COGNITIVA E NEUROPSICOLOGICA** *(Livello di sviluppo cognitivo, stile cognitivo,* *stile/strategia/tempi di apprendimento, uso integrato di competenze diverse) -**(Memoria a breve termine: risposta/comprensione/memorizzazione, memoria a lungo termine: recupero/oblio, attenzione, organizzazione spazio-temporale)*:

|  |
| --- |
|  |

* **AREA SOCIO-AFFETTIVO-RELAZIONALE** (Livello di autostima, reazioni alle situazioni stressanti, controllo delle emozioni, rapporto con gli altri, livello di integrazione nel gruppo, partecipazione, motivazione al rapporto, capacità di esprimere empatia):

|  |
| --- |
|  |

* **AREA DELLA COMUNICAZIONE E LINGUISTICA** (Linguaggi verbali e non verbali, intento comunicativo, padronanza dei mezzi di comunicazione, modalità di interazione)- (Capacità comunicative, espressive e pragmatiche, livello lessicale, sintattico e di contenuto):

|  |
| --- |
|  |

* **AREA SENSORIALE-PERCETTIVA** (Funzionalità visiva, uditiva e tattile):

|  |
| --- |
|  |

* **AREA PSICOMOTORIO-PRASSICA** (Motricità globale, motricità fine, prassie semplici e complesse):

|  |
| --- |
|  |

* **AREA DELL’AUTONOMIA (Autonomia personale, sociale e scolastica):**

|  |
| --- |
|  |

**6) VALUTAZIONE DEI LIVELLI DI COMPETENZA RAGGIUNTI DALL’ALUNNO IN BASE AGLI OBIETTIVI SPECIFICI (*didattici*).**

* **GLI OBIETTIVI SONO STATI MODIFICATI, SEMPLIFICATI O INCREMENTATI?**

SI

NO

 IN PARTE

**MOTIVAZIONI**:

|  |
| --- |
|  |

* **(Campo di esperienza/Ambito/Disciplina/Materia)**

|  |
| --- |
|  |

* **(Campo di esperienza/Ambito/Disciplina/Materia)**

|  |
| --- |
|  |

* **(Campo di esperienza/Ambito/Disciplina/Materia)**

|  |
| --- |
|  |

* **(Campo di esperienza/Ambito/Disciplina/Materia)**

|  |
| --- |
|  |

**7) LE SCELTE METODOLOGICHE SONO STATE MODIFICATE RISPETTO ALL’INIZIO DELL’ANNO E AL PRIMO QUADRIMESTRE**

SI

 NO

**MOTIVAZIONI:**

|  |
| --- |
|  |

**8) EVENTUALI ED ULTERIORI OSSERVAZIONI SULLA VALUTAZIONE E L’EFFICACIA DEL PEI**

|  |
| --- |
|  |

**9)** **SUGGERIMENTI E PROPOSTE PER LA FUTURA SCOLARIZZAZIONE (valutazione/indicazioni del monte ore di supporto didattico ed educativo)**:

|  |
| --- |
|  |

Sassari\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Il Dirigente Scolastico**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Il team docente**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**L’assistente Il genitore**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Il/la docente di sostegno**

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. In caso di riduzione oraria, segnalare la motivazione e l’effettivo orario di frequenza dell’alunno. [↑](#footnote-ref-1)
2. Un programma minimo con la ricerca dei contenuti essenziali delle discipline o un programma equipollente con la riduzione parziale e/o sostituzione dei contenuti, ricercando la medesima valenza formativa.

In entrambi i casi gli obiettivi sono riconducibili alla programmazione di classe. [↑](#footnote-ref-2)
3. Un programma con obiettivi diversi rispetto alla programmazione di classe. [↑](#footnote-ref-3)
4. Ad es. un programma con obiettivi comuni alla classe per alcune discipline e differenziato per altre. [↑](#footnote-ref-4)