

**REVISIONE INTERMEDIA PIANO EDUCATIVO INDIVIDUALIZZATO**

**(ART. 7, D. LGS. 13 APRILE 2017, N. 66 e s.m.i.)**

**Anno Scolastico 2023/2024**



Il seguente documento vincola al segreto professionale chiunque ne venga a conoscenza (art.622 C.P.)

 **SCUOLA INFANZIA**

**PLESSO**

**SE****Z.**

**ALUNNO/A (iniziali)**

# 4. Osservazioni sull’alunno/a per progettare gli interventi di sostegno didattico Punti di forza sui quali costruire gli interventi educativi e didattici

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

|  |  |
| --- | --- |
| Specificare i punti oggetto di eventuale revisione relativi alle diverse Dimensioni interessate. | * Non è stato necessario apportare modifiche al PEI
* È stato necessario apportare le seguenti modifiche:

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**5. Interventi per l’alunno/a: obiettivi educativi e didattici, strumenti, strategie e modalità (Riferito a: dimensione Socializzazione/Interazione/Relazione, Dimensione Comunicazione/Linguaggio, Dimensione Autonomia/Orientamento, Dimensione Cognitiva, Neuropsicologica e dell'Apprendimento)**

**Revisione a seguito di Verifica intermedia**

|  |  |
| --- | --- |
| Specificare i punti oggetto di eventuale revisione (indicare se dimensione A, B, C, D) | Dimensione: Gli obiettivi attesi per la verifica intermedia sono stati:* non acquisiti
* parzialmente acquisiti
* acquisiti
* altro:

Pertanto:* Non è stato necessario apportare modifiche al PEI
* È stato necessario apportare le seguenti modifiche:

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

# 6. Osservazioni sul contesto: barriere e facilitatori

**Revisione a seguito di Verifica intermedia**

|  |  |
| --- | --- |
| Specificare i punti oggetto di eventuale revisione | * Non è stato necessario apportare modifiche al PEI
* È stato necessario apportare le seguenti modifiche:

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

# 7. Interventi sul contesto per realizzare un ambiente di apprendimento inclusivo

**Revisione a seguito di Verifica intermedia**

|  |  |
| --- | --- |
| Specificare i punti oggetto di eventuale revisione | * Non è stato necessario apportare modifiche al PEI
* È stato necessario apportare le seguenti modifiche:

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

# 8. Interventi sul percorso curricolare

**Revisione a seguito di Verifica intermedia**

|  |  |
| --- | --- |
| Specificare i punti oggetto di eventuale revisione (indicare se 8.1, 8.2, 8.3) | * Non è stato necessario apportare modifiche al PEI
* È stato necessario apportare le seguenti modifiche:

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

# 9. Organizzazione generale del progetto di inclusione e utilizzo delle risorse

**Tabella orario settimanale (da compilare solo se soggetta a variazioni)**(da adattare - a cura della scuola - in base all'effettivo orario della classe)

Per ogni ora specificare con la sigla corrispondente:
- se l’alunno /a è presente a scuola Pres.

- se l’alunno segue terapie Ter.
- se è presente l'insegnante di sostegno Sost.

- se è presente l'assistente all'autonomia o alla comunicazione Ass.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Lunedì | Martedì | Mercoledì | Giovedì | Venerdì |
| 8.10 - 9.00 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 9.00 - 10.00 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 10.00 – 11.00 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 11.00 - 12.00 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 12.00 - 13.00 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 13.00-13.20 | … |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Revisione a seguito di Verifica intermedia**

|  |  |
| --- | --- |
| Specificare i punti oggetto di eventuale revisione | * Non è stato necessario apportare modifiche al PEI
* È stato necessario apportare le seguenti modifiche:

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Verifica intermedia | Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Firma del dirigente Scolastico1 ……………………… .  |

Castel San Giorgio, lì

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nome e Cognome | \*specificare a quale titolo ciascun componente interviene al GLO | FIRMA |
|  | Docente sostegno  |  |
|  | Docente  |  |
|  | Docente  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |