



LICEO ARTISTICO STATALE "Giulio Carlo Argan"  
III ISTITUTO STATALE D'ARTE  
P.zza Dei Decemviri, 12 – 00175 Roma  
Via Contardo Ferrini, 61 – 00173 Roma

## PROGETTO EDUCATIVO INDIVIDUALIZZATO (P.E.I.)

### Programmazione "Differenziata"

(D.P.R. del 24/02/1994 e ss mm ii)

per l'anno scolastico 20\_\_/20\_\_ Classe: \_\_\_\_\_

ALUNNO		
_____	_____	_____
cognome	nome	data di nascita
_____	_____	_____
luogo di nascita	residenza	Telefono

### ANAMNESI

TIPOLOGIA DELL'HANDICAP			
<b>Codici Diagnostici:</b>			
▪ La scuola è in possesso di diagnosi funzionale	SI	NO	
▪ La scuola è in possesso di certificazione medica	SI	NO	

CARATTERISTICHE FISICHE					
▪ Buono stato di salute	SI	NO	▪ Difficoltà di fonazione	SI	NO
se si quali? _____			▪ Buona funzionalità visiva	SI	NO
_____			▪ Buona funzionalità uditiva	SI	NO
▪ Utilizza protesi sanitarie o ausili tecnici				SI	NO
se si quali? _____					
_____					
▪ Interventi riabilitativi				SI	NO
se si quali? _____					
_____					

<input type="checkbox"/> Trattamenti farmacologici se si quali? <hr/>	SI	NO
---	----	----

<b>FUNZIONALITA' PSICOMOTORIA</b>		
<input type="checkbox"/> Coordinazione dinamica generale	SI	NO
<input type="checkbox"/> Motricità fine	SI	NO
<input type="checkbox"/> Coordinazione spazio – temporale	SI	NO

<b>CARATTERISTICHE COMPORTAMENTALI</b>					
<input type="checkbox"/> Aggressività	SI	NO	<input type="checkbox"/> Dipendenza	SI	NO
<input type="checkbox"/> Partecipazione	SI	NO	<input type="checkbox"/> Accettazione regole	SI	NO
<input type="checkbox"/> Eventuali altre osservazioni: <hr/> <hr/>					

<b>QUADRO FAMILIARE</b>				
Grado di parentela	Nome e Cognome	Età	Studi compiuti	Professione
<input type="checkbox"/> L'alunno vive in famiglia	SI	NO		
se no dove? <hr/>				

# PIANO EDUCATIVO INDIVIDUALIZZATO

( Legge 104/92 e D.P.R. 24.02.1994 e ss mm ii)

OBIETTIVI GENERALI
OBIETTIVI A BREVE E MEDIO TERMINE
CONTENUTI SCELTI
IPOTESI OPERATIVA (metodologie didattiche e tecniche)
RISORSE (spazi, materiali e sussidi didattici)
QUADRO ORARIO DELL'ATTIVITA' DI SOSTEGNO (tempi di lavoro, rapporto di sostegno. Indicare le discipline in cui è seguito e per quante ore.)
MODALITA' DELL'INSERIMENTO (nella sezione, nella classe, nel modulo, nel plesso).
PERSONALE, DOCENTE E NON DOCENTE, IMPEGNATO NEL PROGETTO EDUCATIVO E AMBITO DI COMPETENZA (Assistente educativo, assistenza di base)  (Indicare i nomi degli educatori che partecipano al progetto educativo) _____

## VERIFICA E VALUTAZIONE

VERIFICA E VALUTAZIONE DEL PROGETTO (Criteri e modalità di valutazione). _____
---

I docenti del Consiglio di Classe (firme)	_____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____
---	----------------------------------	----------------------------------

Gli esercenti della potestà genitoriale (firme)	_____ _____
---	----------------

Roma il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_