**ISTITUTO COMPRENSIVO “Guido GOZZANO”**

Via Le Maire 24 – 10086 RIVAROLO CANAVESE

C.F. 92517730013 e-mail TOIC8AC00D@istruzione.it

 Sede di Via Le Maire Tel. 0124/424706

 ***PROGETTO PERMANENZA***

 ***SCOLASTICA***

**Per L’alunno\a**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Scuola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Plesso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sezione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La richiesta di permanenza è pervenuta da:

 Scuola

 Specialisti

 Famiglia

**ANNO SCOLASTICO 20\_\_\_ / 20\_\_\_**

|  |
| --- |
| **PROGETTO DI PERMANENZA SCOLASTICA** |
| **ORDINE DI SCUOLA:** |
| **ALUNNO/A: ( iniziali)** | **CLASSE FREQUENTATA corrente a. s.:** |
| **ORE DI SOSTEGNO corrente a. s.:** | **ORE EDUCATORE corrente a. s.:** |

|  |
| --- |
| **PEI - a.s. ……… \* (anno scolastico in corso)** |
| DIAGNOSI: | (si fa riferimento alla diagnosi funzionale) |
| DEFINIZIONE DELLE POTENZIALITA’ |  |
| DEFINIZIONE DEI BISOGNI | elencare |
| OBIETTIVI FORMATIVI PRIORITARI | elencare |
| OBIETTIVI COGNITIVI PRIORITARI | elencare |
| OBIETTIVI DIDATTICI PRIORITARI | elencare |
| METODOLOGIA\E utilizzate | elencare |
| ATTIVITA’ PROPOSTE  | elencare |
| STRUMENTI DI VERIFICA EVALUTAZIONE | Elencare modalità e strumenti utilizzzati |

|  |
| --- |
| **VALUTAZIONE DEL PEI** |
| OBIETTIVI FORMATIVI NON RAGGIUNTI | Indicare quali |
| OBIETTIVI COGNITIVI NON RAGGIUNTI | Indicare quali |
| OBIETTIVI DIDATTICI NON RAGGIUNTI | Indicare quali |
| **PROGETTO DI PERMANENZA**(Esplicitare gli obiettivi ritenuti prioritari e non raggiunti rispetto a quelli previsti nel PEI non necessariamente corrispondenti a quelli sopraelencati) Allegare, se presenti, relazione di operatori, esperti ecc  |
| MOTIVAZIONI GENERALI |
| FACILITATORI individuati nell’ambiente di permanenza proposta  | Elencare |
| BARRIERE individuate con analisi oggettiva nel nuovo contesto in caso di progressione  | Elencare |
| OBIETTIVI FORMATIVI prioritari  | Elencare  |
| OBIETTIVI COGNITIVI prioritari  | Elencare |
| OBIETTIVI DIDATTICI prioritari | Elencare  |
| METODOLOGIA\E adottabili per l’attuazione del progetto | Elencare |
| STRUMENTI e modalità di verifica e VALUTAZIONE | Elencare |
| Altre annotazioni |  |

|  |
| --- |
| **3. REDATTORI DEL PROGETTO DI PERMANENZA** |
| ***I componenti del GLI/GLO, valutati i percorsi di integrazione e di educazione\istruzione dell’alunno, sottoscrivono il presente Progetto di Permanenza per l’a. s. …………*** |
| ***Nome e cognome*** | ***Ruolo***  | ***Firma*** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| (\*): Dirigente scolastico; Docente di sostegno; Docente coordinatore di classe; Docente curricolare; Medico specialista; Logopedista;Fisioterapista; Psicomotricista, Psicologo; Pedagogista; Assistente sociale (Servizio Sanitario); Assitente Sociale (Ente Locale); Educatore scolastico; Educatore domiciliare; Madre dell’alunno/a; Padre dell’alunno/a; Altre figure |
| **Luogo** |  |
| **Data** |  |